

**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

**Unidades Lideradas por Enfermeiros Especialistas em
Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia:
Conceitos, perspetivas e realidades**

Ágata Érica Batista Lopes Ruivo

Lisboa

2017



**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

**Unidades lideradas por Enfermeiros Especialistas em
Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia:
Conceitos, perspetivas e realidades**


Ágata Érica Batista Lopes Ruivo

Orientador: Alexandra Tereso

Lisboa

2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“O parto é algo que acontece entre as orelhas, me repetia Max o velho adágio das parteiras. Não o procure nas fibras uterinas, nas protuberâncias ósseas, nas contrações ou nas variações dos hormônios. Ele se encerra nos pequenos grãos de areia de nossos sonhos, na bruma de palavras dispersas de um passado distante. Ele se refugia nos sussurros de uma menina, na curiosidade infundável que ela carrega e no seu olhar insaciável.”

Ricardo Jones

AGRADECIMENTOS/DEDICATÓRIA

À Senhora Professora Alexandra Tereso, pela orientação e incentivo em momentos difíceis.

À minha orientadora do local de estágio em Portugal, por ter permitido percorrer o caminho que escolhi, mas sempre do meu lado.

À Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e às Senhoras Professoras, pelo apoio académico, logístico e financeiro do estágio no Brasil.

Ao Hospital Sofia Feldman e seus profissionais que tão bem me acolheram, partilhando os seus saberes.

A todas as mulheres e famílias, pela oportunidade de participar em momentos íntimos e poderosos.

À minha família, o meu porto seguro.

Ao meu marido e filho, porque são a razão de tudo.

À minha mãe, pela sua generosidade e amor incondicional.

Dedico este trabalho ao meu amado Pai.

Ensinaste-me tu, somos feitos da mesma matéria que as estrelas. E por isso, a tua luz continua a brilhar.

LISTA DE SIGLAS

BP - Blocos de Partos

CPN - Casa de Parto Normal

CTG - Cardiotocografia

DGS - Direção-Geral da Saúde

EEESMO – Enfermeiro/a Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESMO - Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EO - Enfermeiras/os Obstetras

FCF - Frequência cardíaca fetal

ICM - International Confederation of Midwives

JBÍ - Joanna Briggs Institute

MCECP - Modelo de Cuidados de Enfermagem Centrados na Pessoa

MAPE/P - Modelo de Assistência Prestado por EEESMO/Parteiras

NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

RCM - The Royal College of Midwives

RN - Recém-nascido

RL - Revisão da Literatura

RSL - Revisão Sistemática da Literatura

SUOG - Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

TP - Trabalho de parto

UC - Unidade Curricular

UOC - Unidades Obstétricas Convencionais

ULE/P - Unidades Lideradas por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica/ Parteiras

RESUMO

Com o objetivo de minimizar uma prática intervencionista e ao mesmo tempo promover o parto normal como uma experiência empoderadora para as mulheres e para suas famílias, o *Midwifery Model of Care* - Modelo de Assistência Prestado por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia/Parteiras, tem sido apontado como uma alternativa à prestação de cuidados convencionais.

As unidades lideradas por estes enfermeiros especialistas, ou Centros de assistência à gravidez e ao parto, providenciam cuidados de acordo com a filosofia deste modelo e podem ser uma forma de o viabilizar.

Apesar de existir um interesse crescente a nível internacional sobre o modelo de assistência referido, a sua implementação em Portugal ainda não é uma realidade. Neste âmbito, considerámos relevante mapear as perspetivas dos profissionais sobre estas unidades e sobre a influência do modelo adotado nos cuidados prestados. Assim, e com o intuito de identificar a melhor evidência científica sobre o fenómeno de interesse formulámos uma questão de partida, recorrendo à mnemónica PICo (JBI, 2011): *Quais as perspetivas dos EEESMO/Parteiras sobre a especificidade de cuidados prestados em ULE/P?*

No sentido de fundamentarmos o percurso de desenvolvimento de competências comuns e específicas como futura enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia e de nortearmos o desenvolvimento da nossa aprendizagem, elegemos o modelo teórico de Enfermagem de McCormack e McCance - Modelo de Cuidados de Enfermagem Centrados na Pessoa.

Palavras-chave:

Centros de assistência à gravidez e ao parto; Enfermeiros obstetras; Mulheres

ABSTRACT

With the aim of reducing excessive interventions in childbirth assistance and at the same time promote natural childbirth as an empowering experience for women and their families, the Midwifery Model of Care has been appointed as an alternative to conventional care.

The Midwifery-led Units, or Birthing Centers, provide care according to the philosophy of this model and can be a way to make it possible.

Although there is a growing interest around the Midwifery Model of Care at international level, its implementation in Portugal its not yet a reality. In this scope we considered relevant to map professionals perspectives about these units and about the possible influence of the model adopted on the care they provide. Thus, and in order to reach the best possible evidence about the phenomenon of interest, we formulated a research question, using the mnemonic PICO (JBI, 2011): *What are the experiences of midwives about care care provided in Midwifery-led Units?*

In order to support our journey of common and specific skills development as a future specialist nurse in maternal health nursing and obstetrics and to guide the development of our learning, we elect the theoretical model of McCormack and McCance - Person-centred Nursing Framework.

Keywords: Birthing Centers; Midwives; Woman

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	11
1.1 Cuidados de saúde no parto: conceitos, realidades e desafios	11
1.1.1 Unidades lideradas por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica: enquadramento político e legal	17
1.2 O Modelo Cuidados de Enfermagem Centrados na Pessoa aplicado à Mulher	20
1.3 A prática baseada na evidência científica	22
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	29
2.1 Caracterização dos locais de estágio	30
2.2 Descrição e análise das atividades desenvolvidas	31
2.2.1 Proximidades e distanciamentos entre a literatura e a prática: realização de um estágio numa ULE/P	49
2.2.2 Contributos e implicações para a prática do estágio realizado no Brasil	50
2.3 O percurso em números	53
3. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	55
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

APÊNDICES

Apêndice I - Fluxograma da seleção dos artigos para a revisão da literatura

Apêndice II - Resumo das características dos estudos selecionados

Apêndice III - Relatório de Estágio no Hospital Sofia Feldman - Brasil

ANEXOS

Anexo I - Philosophy and Model of Midwifery care

Anexo II - Framework for person-centred nursing

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Definição da questão de pesquisa através da mnemónica PICO.....	22
--	----

0. INTRODUÇÃO

A realização deste trabalho está enquadrada na Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, do 6º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Esta UC decorreu entre 29 de fevereiro e 29 de julho de 2016, teve um total de 750 horas, destas 597 foram de estágio, 25 de orientação tutorial pela Senhora Professora Alexandra Tereso, e as restantes corresponderam ao nosso trabalho autónomo.

A finalidade da UC Estágio com relatório é a aquisição e o desenvolvimento de competências para a obtenção do título de especialista e o grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (ESMO). Assim, o objetivo deste trabalho é espelhar o nosso percurso de aprendizagem, evidenciando as competências adquiridas e desenvolvidas, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e pela International Confederation of Midwives (IMC), dando especial enfoque ao tema das Unidades lideradas por EEESMO/Parteiras (ULE/P).

Este relatório resulta então da reflexão e análise das competências e atividades desenvolvidas na prática de cuidados especializados, suportadas pela teoria e evidência científica identificadas.

Refletindo sobre os cuidados prestados à mulher/família, foco dos cuidados desta especialidade, verificamos, segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2015), que se tem assistido nas últimas décadas a uma redução da mortalidade materna e neonatal. A par da melhoria destes indicadores outros, tais como a realização de episiotomias e de cesarianas, têm aumentado.

De forma a promover o parto normal, reduzir intervenções desnecessárias e incentivar o empoderamento das mulheres, instituições, governos e grupos de profissionais têm vindo a propor diversas estratégias, entre as quais a implementação do Modelo de Assistência Prestado por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia/Parteiras (MAPE/P), que pode ser viabilizado através da criação ou incremento de ULE/P (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2014;

Department of Health (DH) (2007a); Department of Health Social Services and Public Safety, 2012; Morano *et al*, 2009).

Os cuidados prestados no âmbito do MAPE/P, ou cuidados liderados por EEESMO/Parteiras, apresentam inúmeras vantagens, não tendo sido identificados efeitos adversos quando comparados com outros modelos (Sandall, Soltani, Gates, Shennan, Devane, 2013).

É competência do EEESMO cuidar o grupo-alvo, promovendo cuidados de qualidade (OE, 2011a)¹ que passam pela promoção do parto normal e redução de intervenções desnecessárias e seus efeitos iatrogénicos. Para além disso, motivou-nos para a escolha desta temática a questão do direito à escolha do local de nascimento, uma vez que em Portugal não temos ULE/P como opção. Esta possibilidade de escolha permite maior empoderamento e satisfação da mulher, enquadrando-se numa oferta de serviços de saúde mais flexíveis e centrados nas necessidades da mulher/família (DH, 2007b). Para nós seria muito gratificante poder exercer com plena autonomia e maior liberdade, num ambiente acolhedor.

No sentido de suportar o desenvolvimento de competências de comuns e específicas como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e nortear o desenvolvimento da nossa aprendizagem, elegemos o modelo teórico de Enfermagem de McCormack e McCance - Modelo de Cuidados de Enfermagem Centrados na Pessoa (MCECP).

Neste documento apresentamos após a introdução, o enquadramento teórico onde se desenvolvem conceitos e teorias que permitem contextualizar a temática de interesse. Segue-se o capítulo onde apresentaremos o percurso de desenvolvimento de competências, onde incluímos a caracterização dos locais de estágio, as diferenças entre teoria e prática identificadas no estágio do Brasil e o percurso em números. Por fim apresentaremos as considerações finais.

¹Competências específicas e comuns dos enfermeiros especialistas publicadas em Diário da República, através de Regulamentos, pelo que nas referências bibliográficas são estes os mencionados.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Cuidados de saúde no parto: conceitos, realidades e desafios

Nas últimas décadas, nos países desenvolvidos, tem-se assistido a um aumento da assistência institucional do parto, apoiada por políticas de saúde pública, tendo em vista a redução da morbilidade e da mortalidade materna e infantil.

De fato, os resultados perinatais melhoraram muito, não somente devido à transferência do parto para o hospital por si só mas, defende Pintasilgo (2014), devido a uma multiplicidade de fatores, como a diminuição da natalidade, a melhoria das condições higiêno-sanitárias, sociais e educacionais da população, a vigilância da gravidez, as rede de referênciação, o acesso à tecnologia nos cuidados de saúde, entre outros.

O parto que antes acontecia de forma natural no seio familiar e social da mulher, que lhe conferia um cariz de privacidade e intimidade, passou para o ambiente hospitalar, desconhecido, cercado de procedimentos e normas médicas e de tecnologia. A medicalização do parto fez com que o processo passe-se a ser gerido em função do risco que lhe é associado, justificando um conjunto de intervenções obstétricas (Pintassilgo, 2014). Assistiu-se assim ao desenvolvimento de modelo de assistência centrado na figura do médico (modelo médico), assente em práticas que respondem às necessidades dos profissionais de saúde e não necessariamente às das mulheres (Jones, 2012).

O uso desnecessário de intervenções durante o parto, decorrente deste modelo, tem sido colocado em causa um pouco por todo o mundo devido aos seus efeitos iatrogénicos. Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs um conjunto recomendações que refletiam esta preocupação, através do documento *Safe Motherhood - Care in Normal Birth: a practical guide* (OMS, 1996). Depois desta, muitas outras instituições têm publicado documentos e desenvolvido ações no sentido de minimizar as intervenções e de incentivar o parto normal, como é o caso do The Royal College of Midwives (RCM), The Royal College of Obstetricians e Gynaecologists & National Childbirth Trust (2007), a ICM (2014a) ou a Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

em parceria com a Federación de Asociaciones de Matronas de Españã (2009) .

Isto leva-nos ao significado do parto normal. O parto, ou trabalho de parto, pode ser entendido na sua vertente mais biológica, como o “processo que tem como finalidade expulsar o feto, a placenta e as membranas, para o exterior do útero, através do canal de parto” (Lowdermilk, Perry, 2008, p. 344), sendo normal, segundo a OMS (1996), quando tem início espontâneo e assim continua até ao nascimento, a criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, numa gravidez de termo e mãe e recém-nascido (RN) se encontram em boas condições. No entanto, sendo espontâneo e vaginal, o parto normal pode envolver procedimentos como rutura da bolsa de águas, monitorização contínua, métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor, episiotomia, entre outros. A definição do conceito de normal em relação ao parto não é consensual e varia consoante a entidade que o define.

Assim, para a promoção do parto normal importa mais olhar para este evento como uma experiência marcante na vida da mulher² e entender as condições que a potenciam, do que colocar o foco nos procedimentos ou na diminuição de intervenções. Neste âmbito a OMS (2015) refere que as estratégias centradas apenas na redução de uma dada intervenção podem ter efeitos imprevisíveis ou negativos. A redução das taxas de cesarianas, por exemplo, que segundo a OMS (2015) tem sido uma aposta dos governos e de profissionais por todo o mundo, tem consubstanciado numa estratégia para atingir uma taxa específica, na qual não tem sido valorizada a preocupação sobre o impacto desta medida nas experiências das mulheres (Associação Portuguesa dos Direitos das Mulheres na Gravidez e no Parto (APDMGP), 2015) ou a sua relação com os partos traumáticos.

A percentagem de partos distócicos em Portugal em 2014 situava-se nos 50% aproximadamente, segundo dados do portal PORDATA (2017), revelando altos níveis de intervenção, como é referido no European Perinatal Health

² Foco dos cuidados dos EEESMO e entendida por nós, alinhado com o definido pela OE (2001), numa perspectiva individual como a pessoa no seu todo, considerando a inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve, constituído pelos elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais.

Report (2010). É ainda mencionado neste relatório que a percentagem de episiotomias foi de 72,9%, uma das mais altas da Europa, levantando questões relativas a estratégias para o desenvolvimento da prática baseada em evidência e ao exercício dos direitos dos sujeitos de cuidados.

O parto e o nascimento são das experiências humanas mais poderosas, (Davis-Floyd, Barclay, Daviss e Tritten, 2009) e são influenciadas por fatores físicos, hormonais, psicológicos, emocionais, sociais, culturais e políticos. Este momento que é de grande vulnerabilidade para a mulher/família pode também ser encarado, como uma oportunidade de superação pessoal ou de empoderamento (Collings, 2012). Como refere a ICM (2014b), o parto é uma experiência profunda com impacto na mulher, na sua família e na comunidade.

Considerando o parto institucionalizado, os fatores que mais marcam a experiência das mulheres, são os que derivam da relação que se estabelece com os prestadores de cuidados, sendo que as atitudes e crenças destes têm uma influencia obvia, direta e poderosa sobre o grau de satisfação (Hodnett, 2002). No entanto, os cuidados prestados pelos profissionais de saúde são, como referem Davis-Floyd *et al* (2009), moldados pelas suas crenças e valores, que emergem de filosofias particulares relativas a estes eventos e ao papel da mulher na sociedade.

Neste âmbito, diversas organizações, como a OMS (World Health Organization, par. 4), a ICM (2014b), o Lamaze Institute (par.4), entre outras, têm vindo a realçar o Midwifery Model of Care, em português MAPE/P³. A filosofia subjacente a este modelo assenta sobretudo, segundo Davis-Floyd *et al* (2009), nas premissas fundamentais de que a gestação e parto são processos naturais de que as mulheres são protagonistas, mas também que são os enfermeiros obstetras/ parteiras os profissionais mais apropriados para assistir as mulheres durante a gravidez, parto e pós-parto. Das características deste modelo definidas pela ICM (2014b), destacam-se as seguintes:

³ Tradução da OE que surge no Parecer PARECER N.º 51 / 2014; o termo Parteiras que em Portugal corresponde aos EEESMO (OE, 2015), inclui os elementos do género masculino deste grupo profissional. Noutros países as parteiras podem ou não ser enfermeiras/os, sendo que muitas vezes essa distinção não é clarificada na literatura. A literatura e os estudos analisados para a realização deste trabalho não fazem a distinção entre EEESMO e Parteira quando se referem aos profissionais que lideram os cuidados ou unidades (referindo apenas o termo *midwife*).

- As parteiras promovem e protegem a saúde e os direitos humanos das mulheres e RN;
- As parteiras têm confiança na capacidade nata das mulheres para parir, defendendo o parto normal sem intervenções e empoderando as mulheres.
- As parteiras trabalham em parceria com as mulheres, oferecendo informação e aconselhamento apropriados e cuidados contínuos e flexíveis tendo em conta as necessidades e expectativas das mulheres, RN, suas famílias e comunidades.
- As parteiras mantêm as suas competências e asseguram que a sua prática é baseada na evidência, bem como utilizam a tecnologia de forma apropriada e referenciam atempadamente quando surgem problemas.

Existem várias possibilidades de providenciar cuidados assentes neste modelo no que diz respeito ao contexto e à operacionalização do mesmo. Podemos encontrar este modelo em diferentes tipos de instituições e contextos, tais como hospitais, centros de nascimento independentes, clínicas, domicílio e sistemas de saúde (Davis-Floyd *et al*, 2009). Em termos de operacionalização podemos encontrar vários modelos:

- parteiras que prestam cuidados de continuidade a um grupo de mulheres que pertence à mesma área geográfica;
- equipas de parteiras que prestam cuidados a um grupo definido de mulheres, chamado o modelo “team midwifery”;
- o “caseload midwifery” pretende oferecer uma relação de continuidade ainda maior e pressupõe que uma mulher é acompanhada durante todo o percurso de gravidez, parto e pós-parto por uma parteira, ou sua parceira.

Modelos em que os cuidados são prestados por parteiras mas liderados por médicos não se podem considerar como fazendo parte do MAPE/P que por essa razão também é chamado de Modelo de Cuidados Liderados por Parteiras.

Segundo uma recente revisão da Cochrane (Sandall, Soltani, Gates, Shennan, Devane, 2013), nos modelos de continuidade liderados por parteiras as mulheres têm maior probabilidade de terem um parto vaginal espontâneo, maior probabilidade de serem atendidas por uma parteira conhecida, menor probabilidade de intervenções (parto instrumentalizado ou episiotomia), maiores

níveis de satisfação e sem outros efeitos adversos associados. Neste sentido, este tipo de modelos têm sido identificados como promotores de melhores cuidados obstétricos, quando comparados com outros modelos de assistência ao nascimento, particularmente no que diz respeito ao parto normal e humanizado (Davis-Floyd *et al*, 2009; Sandall *et al*, 2013).

A ICM afirma: “Member Associations based in countries where women do not have access to midwifery-led care are encouraged to lobby their governments to develop such models, together with women and other stakeholders”⁴ (ICM, 2011, p.2).

De fato, em muitos países têm sido implementadas medidas políticas de forma a promover os cuidados liderados por EEEESMO/Parteiras de forma responder à necessidade de diminuir as intervenções desnecessárias e de promover o parto normal (NICE, 2014; DH (2007a), Social Services and Public Safety, 2012; Hunter, Segrott (2014), Cheyne *et al* (2013). Estas medidas passam, por exemplo, pela implementação de *clinical pathways* para uniformização dos cuidados a mulheres de baixo risco em unidades obstétricas hospitalares (ferramentas para cuidados liderados por EEESMO/Parteiras), pelo incentivo do parto em ULE/P ou parto domiciliar.

Quando olhamos para o sistema de saúde português atual, público e privado, verificamos que oferece apenas como opção para local de nascimento as unidades obstétricas convencionais (UOC), portanto meio hospitalar, que na sua maioria operam segundo o modelo biomédico (Pintassilgo, 2014).

Neste âmbito torna-se fundamental refletir sobre as possibilidades de implementação dos MAPE/P em Portugal, sobre o seu impacto na saúde das mães, RN e famílias e no exercício profissional dos EEESMO.

Segundo a OE (2011a)⁵, é da competência destes profissionais o desenvolvimento de estratégias para a promoção de cuidados seguros para mulheres inseridas na família e comunidade durante todo o ciclo reprodutivo,

⁴ As associações membros situadas em países onde as mulheres não têm acesso a cuidados liderados por parteiras são encorajadas a pressionar os seus governos para o desenvolvimento de tais modelos, juntamente com as mulheres e as partes interessadas.

⁵ Competências específicas e comuns dos enfermeiros especialistas publicadas em Diário da República, através de Regulamentos, pelo que nas referências bibliográficas são estes os mencionados.

bem como cuidar do grupo-alvo promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população.

Faz igualmente parte das competências do EEESMO, segundo a OE (2011a), a gestão dos riscos e dos benefícios dos locais de nascimento disponíveis, assim como a “oferta de um modelo assistencial adequado e holístico” (OE, 2015, p.10) sabendo que as escolhas das mulheres/casais também dependem do tipo de cuidados que lhes é oferecido e disponibilizado.

Uma vez que com MAPE/P as taxas de intervenções são menores, a satisfação das mulheres é maior e não foram identificados efeitos adversos acrescidos para mães e recém-nascidos, estes podem fazer parte de uma estratégia a considerar.

Nesse sentido, o NICE (2014), tendo por base um estudo (o Birthplace, 2015) que avalia em termos de segurança os diferentes locais disponíveis para o nascimento, refere que é particularmente adequado para mulheres com gravidez de baixo risco planejar o parto numa unidade liderada por parteiras (independente ou hospitalar), pois as taxas de intervenção são menores e os resultados para os RN equivalentes em relação às UOC.

Os Centros de nascimento, Centros de assistência à gravidez e ao parto ou ULE/P⁶ providenciam cuidados de acordo com a filosofia do MAPE/P e podem ser uma forma de o viabilizar, como afirma o DH (2007a), que considera que as mulheres têm o direito a diferentes opções quanto à escolha do local de parto. Alguns países como o Reino Unido (NICE, 2014) ou o Brasil (Ministério da Saúde, 1999⁷), entre outros, promovem a criação e utilização destas unidades a nível político e nacional.

Apesar de existir um interesse crescente no MAPE/P a nível internacional, torna-se relevante conhecer as perspetivas dos profissionais quanto à eventual influência do contexto sobre os cuidados que prestam. Bem como perceber que vantagens, possibilidades e constrangimentos consideram

⁶ Neste trabalho consideraremos os termos como equivalentes, embora alguns autores referiram que nem todos os Centros de Nascimento operam segundo o MAPE/P, pois embora tenham uma aparência *home like* os cuidados prestados assentam no modelo médico (Davis-Floyd *et al*, 2009).

⁷ Referenciado como Portaria nas Referências Bibliográficas.

existir relativamente às ULE/P e o seu interesse em trabalhar neste tipo de unidades.

Neste âmbito, é igualmente fundamental analisar o enquadramento político e legal no sentido de avaliar as possibilidades de implementação destas das ULE/P em Portugal.

1.1.1 Unidades Lideradas por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica: enquadramento político e legal

Ao considerarmos o MAPE/P e as ULE/P, importa incidir sobre o enquadramento legal, político e profissional dos EEESMO em Portugal. Nesta análise, destaca-se a importância da identificação das possibilidades destes profissionais para assumirem a liderança dos cuidados implícita.

A partir da década de 70 desenvolve-se em Portugal, de uma forma mais concretizada e direccionada, uma política legislativa relativa à saúde materna e infantil. Com o intuito de melhorar resultados nesta área, as orientações políticas estabelecem-se no sentido de formalizar, institucionalizar e medicalizar o nascimento (Pintassilgo, 2014).

Assim surge a Lei nº 4/84 de 5 de Abril (1984), de Protecção da Maternidade e Paternidade que, no âmbito da saúde materna, garante à mulher grávida o direito às consultas e exames aconselhados pelo médico assistente e que define as incumbências dos centros de saúde e do estado em matéria de vigilância da gravidez, parto hospitalar e cuidados pós-parto.

A Lei nº 142/99 de 31 de agosto (1994) que reformula a anterior, parece introduzir uma visão mais abrangente e holística. Deixa de centrar a vigilância da gravidez na figura do médico assistente reformulando a redação do texto para: “É assegurado à mulher o direito de efectuar gratuitamente as consultas e os exames necessários à correcta preparação e vigilância da gravidez” (Lei nº 142/99 de 31 de agosto, p.5996). Para além disso, em vez de o estado ter apenas a incumbência de incrementar o parto hospitalar, este deve “garantir o parto hospitalar e assegurar os meios humanos e técnicos que possibilitem a assistência eficaz e humanizada à grávida e ao recém-nascido” (Lei nº 142/99 de 31 de Agosto, p.5996).

Neste sentido, e no que diz respeito aos meios humanos e técnicos, foi criada em 2003 a Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal, sob a tutela do Ministério da Saúde, que tinha como uma das suas competências “acompanhar a valorização do papel dos enfermeiros especialistas no controlo das grávidas sem riscos previsíveis” (Despacho N° 24256/2003 de 17 de dezembro, p.18436). Em 2009 foram unificadas as áreas de intervenção de saúde materna e neonatal, da criança e do adolescente surgindo Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente que menciona (a única referência aos EEESMO) como uma das suas competências a necessidade de inventariar os recursos humanos nas áreas das especialidades médicas e de enfermagem (Despacho n.º 21929/2009, 2009). Em 2011 esta comissão foi integrada na Direção-Geral da Saúde (DGS), não se fazendo qualquer referência ao papel dos EEESMO nos cuidados de saúde materna e sua contextualização nas políticas de saúde.

Por outro lado, dando resposta ao artigo 40º da Diretiva 2005/36/ EC da Comissão Europeia, que regulamenta a profissão de *midwife*/ parteira/ EEESMO, esta é transposta para a lei portuguesa através da Lei nº9/2009. Logo depois, em 2011, as competências específicas desta profissão ficam explícitas no Regulamento N° 127/2011. Assim, atualmente, os EEESMO “estão autorizados e legitimados a exercer a sua atividade autónoma” (OE, 2015, p.18) no que diz respeito a

diagnosticar a gravidez; vigiar a gravidez normal e efetuar os exames necessários; prescrever / aconselhar os exames para o diagnóstico da gravidez de risco; estabelecer programas de preparação para a paternidade e para o parto; assistir a parturiente durante o trabalho de parto e vigiar o estado do feto in útero; fazer o parto normal em caso de apresentação de cabeça, incluindo, se necessário, a episiotomia, e o parto em caso de apresentação pélvica; cuidar da parturiente; vigiar o puerpério e dar todos os conselhos necessários para tratar do recém nascido, assegurando as melhores condições de evolução (OE, 2015, p. 16).

É ainda de referir que os destinatários das orientações e das normas emanadas pela DGS respeitantes à gravidez são exclusivamente os “médicos do sistema nacional de saúde” (DGS, 2013, p.1), ou os “profissionais de saúde de unidades de saúde com cuidados obstétricos intraparto” (DGS, 2015, p.1), no que diz respeito ao parto. Realçam-se ainda outros normativos em que são

englobados “todos os profissionais de saúde”, como no caso das orientações relativas ao Boletim de Saúde da Grávida. No entanto, neste normativo, apesar de ser mencionado que o mesmo se destina à articulação entre os cuidados primários e hospitalares, apenas os médicos são referidos para o “preenchimento de dados de natureza interdisciplinar “ (DGS, 2001, p.1).

No Programa Nacional de Vigilância da Gravidez de Baixo Risco pode ler-se: “só em equipa, é possível definir o melhor plano para vigiar uma gravidez, mesmo que classificada como baixo risco” (DGS, 2015, p.8). No entanto embora seja claro na consideração de que o parto deve acontecer em meio hospitalar, em blocos bem equipados e dotados com especialistas, não há uma referência quanto à liderança dos cuidados.

As competências dos EEESMO para a vigilância da gravidez, monitorização do trabalho de parto e cuidados no pós-parto de forma autónoma, são regulamentadas pela OE (através do Regulamento N° 127/2011). No entanto os exames, as análises e os medicamentos prescritos pelos EEESMO não são comparticipados pelo Serviço Nacional de Saúde (Couto, 2014). Em Portugal, atualmente, a assistência ao parto é tendencialmente realizada pelos EEESMO nos hospitais públicos e pelos médicos obstetras nos hospitais privados. Neste contexto, realça-se ainda que a admissão das grávidas e sobretudo a alta hospitalar, parecem ser da responsabilidade médica, quer nas instituições públicas, quer nas privadas.

Em 2010 foi publicada em Diário da República a Portaria nº 615/2010 de 3 de agosto, que pretendia estipular as condições para o licenciamento das unidades privadas de prestação de serviços médicos e de enfermagem de obstetrícia e de neonatologia, ou seja unidades privadas de assistência ao parto. Nesta portaria, ficava claro o elevado nível de tecnologia exigido, bem como a imposição da direção clínica ser da responsabilidade dos médicos.

Em 2015, a OE emite um parecer sobre a criação de um Centro de Enfermagem de Assistência Perinatal ou Casa de Parto Normal, algo inédito em Portugal “um meio-termo entre o domicílio e o hospital onde a mulher possa dar à luz num espaço agradável, semelhante ao de sua casa, controlada por um profissional de saúde avalizado, que lhe garanta segurança e conforto” (OE, 2015b, p.2). Trata-se claramente de uma ULE/P. No que diz

respeito ao enquadramento legal destas unidades e uma vez que “a não existência de uma visão partilhada aos vários níveis de decisão política, profissional e organizacional impede a transposição para o quadro jurídico português de legislação que regulamente a criação e funcionamento de casas de parto no país” (OE, 2015b, p.3), a OE remete para o enquadramento legal atribuído aos Centros de Enfermagem⁸. Assim, segundo a OE, as unidades que prestem cuidados pré e pós parto, que se enquadram atualmente como Centros de Enfermagem, poderão evoluir para Centros de Parto Normal assim que este conceito passe a ser contemplado na lei.

Deste modo, podemos concluir que apesar de parecer não haverem impedimentos legais que limitem a atuação autónoma dos EEESMO e a adoção de modelos liderados por EEESMO, não existe um enquadramento próprio para as ULE/P. Nas políticas de saúde portuguesas, no âmbito da saúde materna, aparentemente os médicos são reconhecidos como os protagonistas e constata-se limitações no exercício profissional autónomo dos EEESMO.

1.2 Modelo de Cuidados de Enfermagem Centrados na Pessoa aplicado à Mulher

As teorias de Enfermagem relacionam conceitos representativos de fenómenos que permitem orientar a prática e tomada decisões racionais acerca dos cuidados (Garcia, Nobrega, 2004). Como tal, as teorias de Enfermagem colocam nas nossas mãos a possibilidade de reflexão criativa e estruturada, fundamental para o percurso de desenvolvimento de competências.

Assim, no sentido de orientar a nossa prática, elegemos o MCECP, de McCormack e McCance (2006), pois este integra vários conceitos comuns ao MAPE/P, como os cuidados centrados na pessoa/mulher, a satisfação com os cuidados ou a decisão partilhada. Para além disso, tem em conta conceitos

⁸ Segundo o Decreto-Lei no 127/2014, de 22 de agosto, os Centros de Enfermagem constituem uma das tipologias cuja licença de funcionamento é atribuída mediante instrução de procedimento simplificado, por mera comunicação prévia, no qual o declarante se responsabiliza pelo cumprimento integral dos requisitos de funcionamento exigíveis para a atividade que se propõem exercer ou que exercem.

interessantes para a reflexão sobre os cuidados prestados em ULE/P, como o *ambiente de cuidados*, ou contexto, e os *pré-requisitos*, referentes aos atributos dos enfermeiros.

Tal o como preconizado pelo MAPE/P, também o MCECP, de McCormack e McCance (2006), num plano teórico, coloca a pessoa no centro dos cuidados de enfermagem tendo como *resultados esperados* a satisfação, o envolvimento, o bem-estar resultante dos cuidados de enfermagem, criando uma cultura terapêutica. Para isso, segundo McCormack *et al* (2015), os *processos centrados na pessoa* englobam um conjunto de atividades que incluem a prestação de cuidados que tenham em conta os valores e crenças da pessoa, a provisão de cuidados holísticos, a presença empática, a decisão partilhada e o compromisso com a pessoa.

Para McCormack *et al* (2015), o *ambiente de cuidados* torna-se fundamental para chegar aos resultados pretendidos e está relacionado com um conjunto de fatores que determinam o contexto onde acontecem os cuidados. Esses fatores prendem-se com sistemas que facilitam a tomada de decisão partilhada; relacionamento interprofissional eficaz; sistemas organizacionais que apoiam os profissionais; a partilha do poder; o potencial de inovação e correr riscos; e o ambiente físico. Características chave do contexto incluem: a cultura do local de trabalho, a qualidade da liderança de enfermagem e o compromisso da organização com a utilização de múltiplas fontes de evidência para avaliar a qualidade dos cuidados prestados.

Por fim, o modelo de McCormack *et al* (2015) contempla *pré-requisitos* que se traduzem nos atributos dos enfermeiros como a competência, a clareza dos seus valores e crenças, dedicação em providenciar os melhores cuidados, a capacidade de comunicação ou o auto-conhecimento, que têm que estar presentes para que se chegue ao resultado pretendido - cuidados de enfermagem centrados na pessoa.

Este modelo teórico serviu de base à nossa reflexão sobre a prática dos cuidados prestados, permitindo-nos ter em conta a influência no contexto e dos atributos dos EEESMO. Fatores particularmente relevantes para nós tendo em conta a temática do nosso interesse - o MAPE/P, e em particular, as ULE/P.

1.3 A prática baseada na evidência científica

A prática baseada em evidência é “a incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis” (OE, 2006, p.1). É, segundo a OE (2006), um pré-requisito fundamental para a otimização de resultados e excelência dos cuidados de enfermagem. Nesse sentido, tornou-se imperativo a identificação da melhor evidência científica disponível sobre o nosso tema de interesse.

Segundo Jordan, Lockwood, Aromataris e Munn (2016) as revisões sistemáticas da literatura (RSL) são consideradas o padrão de ouro na síntese do conhecimento científico, embora com limitações como a de demorarem entre 6 meses a 2 anos a ser concluídas. A RSL é pois um processo complexo, que contempla uma série de passos pré-estabelecidos que lhe conferem credibilidade e rigor. Estão incluídos no processo, segundo o Joanna Briggs Institute (JBI) (2011), o registo de 2 revisores experientes, peritos no tema e com diferentes papéis a desempenhar e a submissão de um protocolo revisto por pares e aprovado pelo instituto. Assim, apesar de não nos ser possível a realização de uma RSL, a revisão da literatura (RL) que levamos a cabo foi norteada pela metodologia qualitativa do Reviewers' Manual do JBI (2011), no sentido de identificar a melhor evidência existente.

O nosso objetivo com esta RL foi o de identificar as perspetivas dos EEESMO/Parteiras sobre as ULE/P, perceber há interesse por parte dos profissionais de trabalhar nestes locais e quais as vantagens, possibilidades e constrangimentos que consideram existir. No sentido de chegar à melhor evidência possível sobre o fenómeno de interesse formulámos uma questão de pesquisa, recorrendo à mnemónica PICO (JBI, 2011): *Quais as perspetivas dos EEESMO/Parteiras sobre a especificidade dos cuidados prestados em ULE/P?*

Quadro 1 - Definição da questão de pesquisa através da mnemónica PICO

P (Population)	EEESMO/Parteiras
I (Fenómeno de interesse)	Especificidade dos cuidados prestados em ULE/P
Co (Contexto)	ULP/P

Trata-se, pois, da procura de uma evidência de significação que consiste no conhecimento científico sobre a forma como uma intervenção ou atividade é percebida pelos profissionais. O termo significação refere-se à experiência pessoal, opiniões, valores, pensamentos, crenças e interpretações dos EEESMO/Parteiras.

A pesquisa foi efetuada através da plataforma EBSCOhost nas bases de dados CINAHLplus with full text, MEDLINEplus with full text. Foi também consultada a base de dados b-on (de onde foram excluídas as bases CINAHLplus with full text, CINAHL e MEDLINEplus) e Web of Science.

Para a seleção dos artigos definimos critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão foram: estudos primários, estudos qualitativos, artigos revistos por pares, estudos em língua inglesa e portuguesa, estudos que se foquem nas perspetivas dos EEESMO/Parteiras em relação aos cuidados prestados em ULE/P. Os critérios de exclusão foram: estudos com data de publicação anterior a 2009, artigos que não se foquem no fenómeno de interesse, artigos repetidos. Para artigos que não se encontravam em Full Text não foi possível chegar ao texto integral pelo que foram igualmente eliminados. Foi efetuada a leitura dos títulos, resumos e, em alguns casos, dos artigos completos. Um artigo chinês foi excluído da revisão por não se enquadrar na cultura ocidental. Após a análise do texto integral, submetemos os artigos selecionados a uma avaliação crítica através dos instrumentos de apreciação da JBI para estudos qualitativos, o *QARI critical appraisal tools*, tendo sido incluídos os que apresentarem uma pontuação igual ou superior a 7. A pesquisa foi efetuada em março de 2016 e revista em junho de 2017 e o seu fluxograma encontra-se esquematizado no Apêndice I.

Da pesquisa efetuada não foram identificados estudos realizados em Portugal. Não obstante realçamos uma notícia, no Jornal de Notícias (par. 5), fazendo referência à abertura de uma Casa de Parto em Portugal inserida no Hospital-escola Fernando Pessoa, em Gondomar.

Nos artigos selecionados (resumo dos estudos no Apêndice II) na nossa RL foi feita uma análise no que respeita às perspetivas das Parteiras⁹ da qual

⁹ Nos 7 estudos selecionados apenas o termo *midwife* é utilizado pelo que optámos em utilizar apenas o termo parteiras.

emergiram 3 temas principais: *Vantagens para as mulheres/família*, *Aspetos relacionados com as Parteiras* e *Constrangimentos e limitações referentes às ULE/P*, como explicitaremos a seguir.

Vantagens para as mulheres/família

Nos estudos analisados as parteiras identificaram diversas vantagens para mulheres/famílias no que diz respeito aos cuidados prestados em ULE/P.

As vantagens relativas aos cuidados durante o parto numa ULE/P dizem respeito a uma maior satisfação por parte das mulheres por poderem experienciar um parto normal, livre de intervenções e num ambiente familiar. São ainda realçados como positivos a maior personalização dos cuidados ou cuidados centrados na mulher, conforme é referido no estudo de Miah, Adamson (2015) e de Stone (2012).

No estudo de Maillefer *et al* (2015), que teve em conta a percepção dos profissionais sobre a implementação de uma ULE/P, as parteiras sentiam que a satisfação das mulheres estaria ligada à continuidade dos cuidados possibilitada por esta opção. As parteiras expressaram ainda neste estudo que a ULP poderia ser uma oportunidade para ir ao encontro das necessidades das mulheres que requerem cuidados personalizados num ambiente seguro, pois estas consideravam esta unidade (intra-hospitalar) uma alternativa segura.

A questão de as mulheres poderem ter diferentes opções de escolha para o parto também foi evidenciada no estudo de Miah, Adamson (2015), onde as parteiras referem que este desejo de implementar uma ULE/P foi reforçado por políticas nacionais de incentivo ao direito a alternativas e aos cuidados liderados por parteiras.

A questão do ambiente das ULE/P é referenciada por Miah, Adamson (2015) e por McCourt, Rayment, Rance, Sandall (2014) sendo que as parteiras entendem ser um fator de influencia positiva, pois este é construído para facilitar a fisiologia do parto normal, com o recurso a vários acessórios, com possibilidade de música e sem ruído, e com a remoção das camas para fora do espaço central dos quartos, levando as mulheres a serem mais ativas durante o trabalho de parto. As parteiras defendem ainda que o facto de o ambiente ser

semelhante ao familiar, e sem a presença de equipamentos médicos, promove sentimentos de controlo por parte das mulheres sobre o seu trabalho de parto e sobre o próprio ambiente, no estudo de McCourt *et al* (2014) e uma maior satisfação no estudo de Miah, Adamson (2015).

Aspetos relacionados com as Parteiras

A referência às competências e autonomia das parteiras em relação às ULE/P está presente em todos os estudos analisados, embora sob diferentes perspetivas.

No estudo de Maillefer *et al* (2015), a adoção de uma ULE/P foi vista como uma oportunidade de desenvolvimento da autonomia e competências das parteiras para o parto fisiológico. De fato as parteiras do estudo de Stone (2012), consideraram que tiveram que reaprender a assistência ao parto quando começaram a trabalhar numa ULE/P, necessitando de formação adicional no que respeita à assistência ao parto não intervencionado. Esta ideia de que trabalhar num ULE/P favorece a autonomia e o desenvolvimento das competências da profissão de parteira também é partilhada no estudo de Thorngren e Crang-Svalenius (2009), em que as parteiras referem que isto se deve à oportunidade de experienciar muitos partos normais, levando a um aumento da confiança.

Por outro lado, as parteiras do estudo de Miah e Adamson (2015), envolvidas na implementação de uma nova ULP, consideraram que a autonomia e a confiança nas suas competências eram requisitos importantes para trabalhar no ambiente mais “exposto” dessa unidade.

Também no estudo de Shogheim e Hassen, (2015), as parteiras enfatizaram a importância das competências para a promoção do parto normal bem como daquelas necessárias para lidar com emergências em ULE/P, em especial nas unidades independentes mais remotas.

Quando comparados diferentes contextos, ULE/P e UOC, as parteiras do estudo de Everly (2011), também evidenciaram a importância das competências dos membros da equipa, uma vez que esta foi identificada como

um dos como fatores que afetam a sua capacidade de tomar decisões independentes.

No estudo de McCourt *et al* (2014), as participantes consideraram que as competências mais importantes eram as necessárias para cuidar das mulheres de alto risco em comparação com as competências tradicionais da profissão de parteira, embora algumas parteiras mostrassem a preocupação de que a segurança das ULE/P dependia do comprometimento da equipa ao modelo adotado na unidade.

O estudo de Everly (2011) revela ainda que as parteiras consideraram um desafio maior manter a confiança no processo normal de nascimento e o envolvimento das mulheres nas UOC do que nas ULE/P, bem como existiam diferentes *feelings* ou atmosferas entre os dois contextos afetando a forma como se sentiam durante a prestação de cuidados, sendo que preferiam o ambiente das ULE/P.

Em todos os estudos as parteiras expressaram grande entusiasmo por prestarem cuidados neste tipo de unidades e pela sua filosofia subjacente

Constrangimentos e limitações referentes às ULE/P

Foram identificados diversos constrangimentos e limitações no que diz respeito aos cuidados prestados em ULE/P e à sua implementação, como veremos a seguir.

Iniciar a sua prática numa ULE/P pode ser uma experiência assustadora para as parteiras, como revelam os estudos de Thorger e Crang-Svalenius (2009) e de Shogheim e Hassen (2015). Inclusive as parteiras deste último, consideraram que pode até levar a colocar as suas competências em causa. Os sentimento de insegurança podem traduzir-se em ações que não encaixam no novo contexto e ainda assentes no modelo intervencionista, sendo necessária a reflexão sobre a filosofia da profissão de forma a desaprender hábitos vindos das unidades obstétricas.

No que diz respeito à implementação de novas ULE/P, no estudo de Maillefer *et al* (2015), as mudanças que a unidade poderia acarretar, a aceitação dos obstetras, bem como o fato de ser esta ser integrada num meio

hospitalar onde a patologia domina, foram consideradas pelas parteiras como barreiras à sua implementação, sendo fundamental a informação dada à mulheres e sua preparação.

Aliás esta questão das ULE/P serem intra-hospitalares ou se situarem na comunidade, portanto independentes, parece ser um ponto de debate, como referido no estudo de Miah e Adamson (2015), em que apesar de se ter optado por uma ULE/P intra-hospitalar, por maior percepção de segurança dos profissionais (e também das mulheres como referimos atrás) entre outras razões, algumas parteiras também manifestaram a preocupação de que a cultura da unidade poderia ficar comprometida com a proximidade à UOC. Segundo as parteiras deste estudo, este risco seria devido aos protocolos hospitalares, à possibilidade de mulheres de algum risco obstétrico poderem a ser admitidas na ULE/P e de as parteiras da UOC serem mobilizadas para a UPE/L por motivos de gestão de recursos humanos. Também pelo fato das parteiras das UOC acreditarem que a sua prática já oferece “normalidade segura” e cuidados centrados na mulher. De fato, também na pesquisa de Shogheim e Hassen (2015), as parteiras que trabalhavam em ULE/P intra hospitalares referiram ter de alterar alguns aspetos da sua prática, sob pena de encerramento das unidades pela equipa médica. Pelo contrário, as parteiras que exerciam em ULE/P independentes entendiam que o fato de não existir pessoal médico seria uma vantagem que lhes permitia maior autonomia.

Os relacionamentos profissionais é um dos aspetos que emerge em praticamente todos os estudos com alguma relevância, em especial entre a classe médica e as parteiras mas também entre parteiras de diferentes contextos. Parece existir uma tensão entre as parteiras e os médicos que trabalham apenas em UOC e as parteiras que trabalham em ULE/P que se traduz em desentendimentos sobre as competências, decisões e papéis próprios de uns e de outros. A colaboração pode ser dificultada entre grupos de profissionais sem uma relação prévia ou em contextos de cultura pró modelo biomédico.

Nas ULE/P em que as parteiras exercem sob o modelo *case/load* estas consideraram que o fato de estarem de chamada tinha um impacto negativo nas suas vidas pessoais, embora prestar cuidados de continuidade lhes desse

a oportunidade de se manterem atualizadas em todos os aspetos da profissão. Também referiram as que as exigências do trabalho (como trabalho noturno e excessivo por vezes) eram compensadas pelo sentimento de recompensa de se sentirem úteis (Thorgen, Crang-Svalenius, 2009).

O estudo de Everly (2011) revela ainda que as parteiras consideraram um desafio maior manter a confiança no processo normal de nascimento e o envolvimento das mulheres nas UOC do que nas ULE/P, bem como existiam diferentes *feelings* ou atmosferas entre os dois contextos afetando a forma como se sentiam durante a prestação de cuidados, sendo que preferiam o ambiente das ULE/P.

Em suma, as perspetivas das parteiras quanto às ULE/P evidenciam as inúmeras vantagens para as mulheres que experienciam o parto nestas unidades. Também para as parteiras trabalhar nas UPE/P é visto como uma oportunidade de aumentar a autonomia e competências, sendo que o entusiasmo é evidente. Os constrangimentos e limitações devem-se a diferentes contextos e situações, que vão desde o iniciar a prática numa ULE/P, o tipo de unidade e a sua distância física e cultural das UOC. A tensão das relações interprofissionais parece ser um desafio constante. É também interessante verificar a influência dos diferentes contextos na prestação de cuidados confirmando a ideia do MCECP de McCormack *et al* (2015).

2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A unidade curricular Estágio com Relatório revela-se fundamental para o desenvolvimento de competências específicas em enfermagem de saúde materna e obstetrícia. Foi através da realização do “Projeto de Estágio com Relatório”, que delineamos o percurso de aprendizagem que realizámos.

Neste capítulo serão contextualizados e caracterizados os locais de estágio. As atividades realizadas serão descritas e analisadas procurando espelhar o percurso trilhado e fazendo emergir as competências específicas desenvolvidas. As competências do EEESMO são as estipuladas pela OE, nos documentos “Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica” (OE, 2011a) e “Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista” (OE, 2011b) e pela ICM (2010) através do documento “*Essencial competencies for basic midwifery practise*”. Estas, serão realçadas ao longo do texto, precedendo a análise das competências desenvolvidas. Neste âmbito optámos ainda por destacar as atividades e competências que desenvolvemos e que estavam relacionadas com as preconizadas pelo MAPE/P, uma vez que diziam respeito ao nosso tema de interesse.

Para facilitar a narrativa da análise, as atividades e competências apresentar-se-ão tendo como ponto de partida a gravidez e culminando no puerpério. No percurso apresentado destacaremos as particularidades das duas instituições em que decorreu (incluiremos uma análise da influência do contexto e da filosofia na prestação dos cuidados) e a mobilização das aprendizagens e saberes adquiridos.

Por fim, apresentaremos um subcapítulo com uma perspetiva quantitativa das atividades realizadas no âmbito da Diretiva nº 2005/36/CE do Parlamento Europeu transposta para o ordenamento jurídico interno através da Lei nº 9/2009, que define as regras do reconhecimento das qualificações profissionais.

2.1 Contextualização e caracterização dos locais de estágio

O nosso estágio foi realizado em dois locais distintos quer a nível institucional, quer a nível político e legal. Os primeiros 4 meses, decorreram num hospital central na área metropolitana de Lisboa. Após este período estagiámos, durante cerca de um mês num hospital em Belo Horizonte, no Brasil - Hospital Sofia Feldman (HSF) e nas últimas duas semanas regressámos para a instituição inicial.

Em Portugal a maternidade está inserida num hospital central, que se divide em Bloco de Partos (BP), onde decorreu a maior parte do nosso estágio, e Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG). Para além de destes serviços tivemos também a oportunidade de realizar observação participante na Consulta Peri-Parto, liderada por um EEESMO. Uma consulta realizada aproximadamente 15 dias antes da data prevista para o parto, onde se pretende avaliar sinais e sintomas de trabalho de parto, o bem-estar materno-fetal, realizar educação para a saúde sobre vários temas e dar resposta às necessidades identificadas. Esta consulta é remarcada semanalmente até o parto acontecer espontaneamente ou ser agendada a indução.

O estágio no Brasil, mais concretamente no HSF, surgiu pelo nosso interesse em experienciar a prestação de cuidados numa ULE/P, uma vez que em Portugal não existem unidades desse tipo. Ao mesmo tempo interessava-nos tentar identificar diferenças e semelhanças entre a evidência científica identificada e a realidade. O HSF pareceu-nos a escolha acertada porque além de possuir uma ULE/P, a filosofia subjacente dos cuidados prestados em todo o hospital assenta no MAPE/P. Para além da forte aposta no parto normal não intervencionado, na devolução do protagonismo da mulher, promovendo os seus direitos e dos RN, são os Enfermeiros Obstetras (EO) que lideram os cuidados, da admissão à alta e prestam cuidados nas diferentes unidades do hospital facilitando a visão holística preconizada pelo modelo referido. Por esse motivo pareceu-nos um excelente local para o desenvolvimento de competências de especialista na sua plenitude.

O HSF é um hospital dedicado unicamente à “Mulher e à Criança”, com inúmeros setores. Nós desenvolvemos as nossas competências sobretudo no

Centro de Parto Normal Helena Greco, ou Sala de Partos e no Centro de Parto Normal (CPN), uma ULE/P, em instalações anexas ao hospital. Para além destes locais prestámos cuidados e desenvolvemos competências noutros setores do HSF - Pronto Atendimento, Indução Pré-Parto, Casa da Gestante Zilda Ains, Alojamento Conjunto e no Núcleo de Terapias Integrativas e Complementares. A experiência no Brasil encontra-se descrita com mais pormenor no Apêndice V.

2.2 Descrição e análise das atividades e competências desenvolvidas

Competência Específica

COMPETÊNCIA H2 - Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal (OE, 2011a).

Competência Comum

COMPETÊNCIA A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção (OE, 2011b).

Competência ICM

COMPETÊNCIA Nº 1 - Possuem os conhecimentos e competências necessários de obstetrícia, neonatologia, ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base de cuidados adequados, culturalmente relevantes e de alta qualidade a mulheres, recém-nascidos e famílias que esperam um bebé (ICM, 2010).

A vigilância pré-natal é fundamental para prevenir e identificar precocemente alterações que coloquem em risco a saúde materno-fetal. Para além disso pode ser considerada uma oportunidade para otimizar a saúde da mulher e da família, com a melhoria de hábitos de alimentação, exercício físico, entre outros (DGS, 2015).

Neste âmbito destacamos as atividades que desenvolvemos em Portugal, no SUOG e Consulta Peri-parto e no Brasil, no Pronto Atendimento, na Indução Pré-Parto, na Casa da Gestante Zilda Ains, Sala de Parto e CNP.

Tanto no SUOG como no Pronto de Atendimento, a triagem é realizada por um EEESMO que identifica necessidades, planeia e implementa

intervenções de acordo com a situação clínica da mulher. Nos casos em que são identificados desvios da gravidez fisiológica, patologia prévia ou concomitante com a gravidez, as utentes são referenciadas para os médicos obstetras.

Tal como descrito nas unidades de competência H2.2 e H2.3 da OE (2011a) e na competência nº 3 da IMC (IMC, 2010), a nossa atuação consistiu em monitorizar a saúde das grávidas/parturientes/fetos e detetar precocemente complicações, prestando cuidados adequados e cooperando com a equipa médica nos casos de complicações da gravidez ou patologia.

Neste âmbito, realizámos colheitas de dados através de entrevistas, da consulta do Boletim de Saúde da Grávida, do partograma e de outros documentos relevantes, tais como resultados de análises laboratoriais ou de exames complementares de diagnóstico. Realizámos também o exame físico e obstétrico, procurando detetar precocemente problemas e prevenir complicações (hipertensão, diabetes, infeções, entre outros).

Avaliámos o perfil psico-social da mulher e o bem-estar materno-fetal através dos diversos meios clínicos e técnicos apropriados. Nas situações em que se detetaram desvios da gravidez fisiológica ou patologia, as grávidas/parturientes/fetos foram referenciadas para a equipa médica, passando os cuidados a ser prestados em parceria ou em cooperação com esta.

Durante a entrevista é fundamental que seja estabelecida uma relação terapêutica entre o EEESMO e a mulher, sendo também este o momento de planear uma comunicação dirigida e centrada em conteúdos específicos, tal como referem Lowdermilk, Perry (2008).

Neste sentido, foi nossa preocupação estabelecer uma relação de confiança e de parceria com a mulher/família, com respeito pelos princípios éticos, privilegiando o seu ponto de vista e valorizando os seus desejos e preocupações, com vista à sua satisfação, tal como proposto pelo MCECP, com vista à prestação de cuidados centrados na pessoa (McCormack, McCance, 2006).

Igualmente importante para o planeamento dos cuidados, é a recolha da história clínica da mulher, os antecedentes pessoais, ginecológicos, obstétricos

e familiares e o cálculo ou a confirmação da idade gestacional, que realizámos a todas as mulheres a quem prestámos cuidados.

Para o exame físico e obstétrico da mulher empenhámo-nos em desenvolver alguns aspetos técnicos mais específicos tais como: as manobras de Leopold, a auscultação da frequência cardíaca fetal (FCF), a avaliação da dinâmica uterina através da palpação, a monitorização através da interpretação da cardiotocografia (CTG), o toque vaginal e o exame com espéculo (que realizámos no Pronto Atendimento, no Brasil) em casos de suspeita de rotura prematura de membranas, nos quais o toque vaginal não é o mais adequado por aumentar o risco infeccioso (WHO, 2000), de acordo com as situações clínicas, a idade gestacional, as especificidades de cada grávida ou parturiente e os princípios éticos.

Neste âmbito realçamos ainda a avaliação da altura do fundo uterino que é uma forma simples, não invasiva e de baixo custo de monitorizar o crescimento fetal, possibilitando a deteção precoce de casos de restrição de crescimento fetal e outras complicações tais como hidrâmnios ou macrossomias. Este método deve ser complementado com outros meios clínicos de monitorização e diagnóstico pré-natal, em especial no caso de suspeita de anomalias, como é referido por Robert, Ho, Valliapan, Sivasangari (2015). Sempre que avaliámos a altura do fundo do útero tivemos o cuidado de obter o consentimento informado da grávida, de nos certificarmos que apresentava a bexiga vazia e que se encontrava corretamente posicionada para o efeito.

No contexto da consulta periparto, implementámos intervenções de promoção da saúde pré-natal, nomeadamente através da educação para a saúde sobre vários temas de acordo com as especificidades de cada mulher/família. Tivemos oportunidade de desenvolver competências inerentes à prestação de cuidados às grávidas/família com patologia ou em risco, sobretudo na Casa da Gestante e no Pronto de Atendimento, no Brasil, e no SUOG e BO em Portugal. As situações que encontrámos com mais frequência foram hipertensão, pré-eclâmpsia, diabetes e ameaça de parto pré-termo. Nestas situações realizamos colheita de espécimes para análise, interpretámos os resultados dessas análises e de outros exames complementares de

diagnóstico, administrámos terapêutica, e referenciámos à equipa médica sempre que as situações se encontraram para além da nossa área de atuação.

Tivemos alguns casos de mulheres propostas para indução, uma situação geralmente geradora de algum stress, que poderá ter impacto na experiência de parto da mulher e feto/recém-nascido (NICE, 2014a). Nesse sentido tivemos sempre a preocupação de envolver a mulher/casal na decisão clínica, expondo os riscos e benefícios do procedimento e tendo em consideração o seu ponto de vista, as suas preferências e o seu consentimento informado. O papel do EEESMO é fundamental para que as expetativas sejam realistas e se consigam os melhores resultados em saúde nas suas várias dimensões. Afirmo a OE que os “cuidados prestados pelos EESMO/ Parteiras devem ser flexíveis, criativos, de capacitação/empoderamento e de suporte às mulheres” (OE, 2015a, p. 9). Nesse sentido, e ainda no que diz respeito à indução, destacamos a situação (após o regresso do Brasil) de uma mulher no BP à qual se estava há 3 dias a tentar induzir o parto sem sucesso. Resolvemos então propor à grávida, com o intuito de diminuir o stress, escalda-pés e massagem de reflexologia, com especial incidência nos pontos de estimulação da contractilidade uterina, técnicas das terapias alternativas que aprendemos no Brasil. Com a concordância da nossa EOL e da utente aplicámos as referidas técnicas. A mulher entrou em trabalho de parto ativo após sensivelmente 1 hora. Suscitando esta situação muito interesse por parte da equipa, foi-nos solicitado por parte de uma médica obstetra que realizássemos a mesma sessão a uma outra grávida na mesma situação.

A prestação de cuidados no Brasil revelou-se um grande desafio mas também um mundo de oportunidades no que diz respeito ao desenvolvimento de competências culturais. Tanto a nível da prestação de cuidados especializados às mulheres, recém-nascidos e família, mas também ao nível da cultura organizacional da instituição. Como exemplo referimos, o contato físico que é muito frequente, tantos dos profissionais para as utentes como vice-versa. As refeições são partilhadas entre profissionais e utentes à mesma mesa, e acompanhadas de conversas informais. Também a relação com a equipa médica é mais informal, existindo reuniões frequentes para discussão de condutas e casos clínicos.

Competência Específica

COMPETÊNCIA H3 - Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto (OE, 2011a).

Competência Comum

COMPETÊNCIA A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2011b).

Competência ICM

COMPETÊNCIA Nº 4 - Prestam cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto, conduzem um parto limpo e seguro e resolvem determinadas situações de emergência para maximizar a saúde das mulheres e dos seus filhos recém-nascidos (ICM, 2010).

A prestação de cuidados para o desenvolvimento de competências de especialista durante o trabalho de parto ocorreu num BP, em Portugal, e na Sala de Partos e CPN, no Brasil.

A gravidez culmina no parto, um evento marcante na vida da mulher e sua família, que pode ter impacto permanente e a longo prazo no bem-estar da mulher e criança, como realçam Simkin (1992) e Reynolds (1997). Têm impacto no grau de satisfação das mulheres em relação ao seu parto, as suas expectativas, o suporte prestado pelo profissional de saúde e a relação estabelecida com este e o envolvimento na tomada de decisão, mais que a experiência da dor ou do número de intervenções no parto, como conclui Hodnett (2002). O EEESMO tem por isso um papel preponderante, na prevenção dos desfechos negativos e na promoção da saúde global da mulher e sua família no imediato e no futuro.

Para nós, acompanhar as parturientes/famílias, revelou-se uma experiência marcante a nível pessoal, académico e profissional pelo privilégio de assistir ao nascimento de um ser humano e de uma nova família e por poder experienciar o impacto dos cuidados que prestamos.

Neste sentido, sempre que acolhemos uma parturiente/família, além de recolhermos todos os dados mais objetivos, através da entrevista, exame objetivo, consulta do processo clínico e toda a documentação existente foi também nossa preocupação apresentarmo-nos dizendo o nosso nome e papel

a desempenhar na prestação de cuidados, explicarmos a dinâmica da unidade de saúde e colocarmo-nos à disposição para esclarecer todas as dúvidas, contribuindo para o estabelecimento da relação de confiança e ao mesmo tempo para a promoção dos direitos dos sujeitos de cuidados (OE, 2015a; NICE, 2014).

Igualmente importante foi a identificação de expectativas, de manifestações vontade constantes no plano de parto (escrito ou não) e a abordagem de experiências anteriores que pudessem influenciar a presente. Quando a mulher não trazia plano de parto ou não expressava expectativas em concreto foi nossa preocupação explicarmos as alternativas possíveis, ajudando a mulher a pronunciar-se sobre as suas preferências e a envolver o acompanhante, caso fosse o seu desejo. Desta forma promovemos a tomada de decisão e a participação do acompanhante, como contemplado no Artº 12 da Lei n.º 15/14 (2014). As propostas de envolvimento do acompanhante foram adequadas ao mesmo, quer se tratasse do outro membro do casal, da mãe ou amiga. Neste âmbito realçamos algumas situações tais como: massagens ou pressão na zona lombar para alívio da dor, música ambiente, dança, apoio no fornecimento de água ou de comida, que nos permitiram considerar que foram positivas para o desenrolar do trabalho de parto.

Foi sempre nossa preocupação promover e preservar os direitos das parturientes, tal como a dignidade e privacidade da mulher e assegurar algumas condutas simples mas essenciais. Condutas como bater à porta (mesmo que aberta) pedindo licença para entrar, não efetuar qualquer procedimento sem obter o consentimento informado, assegurar o acesso fácil em caso de necessidade, explicar os protocolos do serviço relativamente à alimentação, hidratação e deambulação tal como preconizado pela International Federation of Gynecology and Obstetrics (2015) e ICM (2010). Nos casos em que por razões clínicas comer, beber ou movimentar-se livremente imputava um risco acrescido para a saúde da grávida/parturiente ou do feto, negociámos com a parturiente a melhor conduta a tomar, tendo em conta que este é um processo fundamental para os cuidados centrados na pessoa, segundo o MCECP (McCormack, McCance, 2006).

No BP em Portugal, os quartos apesar de terem portas, estas estão sempre abertas, aparentando serem substituídas por um cortinado que permite o acesso físico e visual dos profissionais. Ao questionarmos o porquê desta substituição e ao sugerirmos o encerramento da porta para a salvaguarda da privacidade da parturiente/acompanhante obtivemos a justificação que tal fato devia ao rácio EEESMO/parturiente. Este rácio que segundo a OE (2015), idealmente seria, de 1/1, não se verifica nesta unidade o que faz com que os EEESMO tenham de prestar cuidados a mais do que uma parturiente ao mesmo tempo e que os obriga a entrar e sair mais vezes dos quartos. Apesar de no nosso caso, na maioria das vezes, termos tido a oportunidade de prestar cuidados apenas a uma parturiente de cada vez, preocupa-nos enquanto futuros EEESMO pois sabemos que há evidência que a presença contínua do enfermeiro obstetra está associada a um aumento da satisfação.

Neste contexto, tivemos oportunidade de prestar cuidados especializados ao longo de todo o trabalho de parto. Segundo Lowdermilk e Perry (2008), do ponto de vista fisiológico, o trabalho de parto divide-se em quatro estádios:

1º estágio: inicia-se com as primeiras contrações uterinas e termina com a dilatação completa do colo do útero;

2º estágio (ou período expulsivo): ocorre entre a dilatação completa do colo uterino e o nascimento do feto/recém-nascido;

3º estágio (ou dequitação): decorre entre o nascimento do feto/recém-nascido e a expulsão da placenta e membranas fetais;

4º estágio (ou pós-parto imediato): período de durante entre uma a duas horas após a expulsão da placenta e membranas.

O 1º estágio divide-se em três fases - fase latente, fase ativa e fase de transição. Na fase latente, surgem contrações dolorosas, num período de tempo não necessariamente contínuo, e algumas modificações do colo do útero. É difícil medir com precisão a duração desta fase porque as mulheres percebem as suas experiências de diferentes formas. Segundo o RCM (2012), o hospital pode não ser o local mais apropriado para uma mulher na fase latente pois está associado a um maior risco de intervenções obstétricas. De fato, aconselhámos mulheres que se dirigiram ao hospital na fase latente a

regressar a casa ou a caminhar pelas proximidades de acordo com a sua situação apesar de também se terem registado internamentos em casos de ansiedade ou de dor muito exacerbadas. Segundo Hodnett, Gates, Hofmeyr e Sakala (2013) o apoio do profissional está relacionado com a diminuição da percepção de dor e a necessidade de analgesia. Neste âmbito prestámos apoio contínuo, disponibilizámos métodos de não farmacológicos de alívio da dor, como o uso da bola de parto (exemplificando o seu uso e explicando medidas de segurança para evitar quedas), massagens, entre outros. Também discutimos os métodos farmacológicos para aliviar a dor, informámos sobre os mecanismos e dinâmica do trabalho de parto e as medidas favorecedoras do mesmo e preocupamo-nos sempre com a inclusão e o apoio ao companheiro/acompanhante. Nalgumas situações em que foi necessário o recurso à analgesia farmacológica, a mesma foi administrada conforme protocolo do serviço ou em articulação com o anestesista. Com isto contribuímos para o bem-estar da parturiente e conviventes significativos, garantimos um ambiente seguro e cooperámos com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor dando resposta aos critérios H3.1.2., H3.1.3. e H3.1.6. da OE (2010).

A maioria das mulheres a quem prestámos cuidados chegaram até nós já em fase ativa. Define-se o início da fase ativa pela presença de contrações dolorosas regulares e por um colo uterino com 4 ou mais cm dilatado com um desenrolar progressivo até à dilatação completa do colo do útero. O desenrolar progressivo pode acontecer só a partir dos 6 cm, como é referido pela DGS (2015a).

É importante que o EEESMO tenha consciência deste fato para se evitarem intervenções desnecessárias por trabalho de parto estacionário. Neste sentido, e tendo em conta que a identificação do trabalho de parto faz parte das competências do EEESMO (critério de avaliação H3.2.1. da OE, 2011), este é um desafio que também implica a precisão na avaliação das características do colo do útero. A avaliação dessas características (posição, dilatação, apagamento, consistência) foi, só por si, um desafio para nós enquanto estudantes mas que consideramos ter sido superado com o apoio da nossa Enfermeira Orientadora do Local (EOL).

Durante a fase ativa apostámos em duas intervenções autónomas do EEESMO - estímulo para a adoção de posições não supinas e a promoção e implementação de medidas não farmacológicas para o alívio da dor, que fazem parte dos indicadores do projeto promovido pela OE “Maternidade com Qualidade”, que pretende garantir a segurança e qualidade dos cuidados (OE, 2013).

A liberdade de movimentos durante o trabalho de parto é um direito da mulher, com vantagens para o desenrolar do trabalho de parto e recomendada por diversas instituições tais como a ICM, a OMS e a FIGO (FIGO, 2015).

Do ponto de vista fisiológico, o movimento materno, aliado a posições verticais, permite que o feto se adapte melhor ao canal de parto facilitando a sua progressão. Ao mesmo tempo que a parturiente também se adapta às posições fetais, procura o posicionamento que lhe dá mais conforto e lhe permite uma menor percepção de dor, conseguindo uma participação ativa em toda a experiência, emergindo assim os benefícios psicológicos (OE, 2013). Através da adoção de posições verticais verifica-se: um aumento dos diâmetros pélvicos, a facilitação da progressão do feto pelo efeito da gravidade, maior eficácia das contrações uterinas, menor duração do período expulsivo, redução de partos instrumentados, de episiotomias e de dor (Zwelling, 2008).

Não obstante a evidência científica e as recomendações divulgadas, verifica-se que na prática ainda é comum existir a restrição de movimentos e a adoção da posição de litotomia, dorsal ou semi-sentada durante o trabalho de parto. São inúmeras as razões apontadas para que esta prática se mantenha. Fatos históricos relacionados com a entrada de médicos na assistência ao parto complicado e à consequente passagem das mulheres para a cama, que se foi mantendo por conveniência dos profissionais (Dundes, 1987). As práticas atuais que limitam o movimento, como a monitorização contínua ou analgesia epidural que pode originar bloqueio motor devido a doses demasiado elevadas de analgésicos. Também razões culturais e antropológicas que influenciam crenças e atitudes tanto de profissionais, como das próprias mulheres (OE, 2013; Zwelling, 2008). No inquérito “Experiências e Parto” levado a cabo pela Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e no Parto (2015), cerca de 80% das mais de 2000 mulheres inquiridas com partos

recentes em Portugal, referem que o período expulsivo aconteceu em posição deitada.

De fato, e apesar de no BP onde estagiávamos, existir uma maior abertura e incentivo (uns profissionais mais do que outros) à liberdade de movimentos e às posições verticais, verificávamos que as mulheres ainda permaneciam muito tempo deitadas e a maioria dos períodos expulsivos que assistimos ocorreram em posição semi-sentada (com diversas variações mas sempre de cóccix apoiado e portanto com mobilidade muito reduzida da bacia). Como referem Galvão e Sawada, a prática baseada na evidência “poderá contribuir para a mudança da prática baseada em tradição, rituais e tarefas para uma prática reflexiva baseada em conhecimento científico promovendo a melhoria da qualidade da assistência prestada ao cliente e familiares” (Galvão, Sawada, 2003, p.57). Neste âmbito realçamos a nossa forte motivação para desenvolver competências que nos permitissem implementar esta medida, bem como o fato de esta ser baseada em evidência científica. Este exemplo ilustra bem a ideia da importância dos atributos da enfermeira (neste caso competência profissional e comprometimento com o trabalho), pré-requisitos para a prestação de cuidados centrados na pessoa, presente no MCECP (McCormack, McCance, 2006).

Tal como defendido pelo MCECP, o local de estágio em Portugal também se revelou um ambiente de cuidados onde é possível, em muitas situações, praticar decisões partilhadas, tanto com as utentes como com os colegas (sobretudo com a nossa EOL) e propor estratégias implementadoras de mudança. A experiência no Brasil, onde a maioria das mulheres tem efetivamente liberdade de movimentos e adota posições verticais durante a fase ativa e período expulsivo (também facilitada pelo ambiente físico que disponibiliza materiais e condições para tal), permitiu-nos desenvolver a operacionalização desta intervenção, aumentando a nossa confiança e a nossa capacidade para a decisão partilhada, processo fundamental para a prestação de cuidados centrados na pessoa de acordo com o MCECP. De regresso do Brasil ao BP em Portugal, para a realização de monitorização com CTG utilizávamos desde logo a telemetria (sistema sem fios), a nossa comunicação tornou-se mais assertiva aliada à utilização efetiva dos métodos de alívio da

dor. Em diversas situações (por exemplo desde o início do período expulsivo, num TP com evolução normal) dispensámos a monitorização da atividade uterina com a retirada do cinto e transdutor, entre outras estratégias. Apesar de alguma desconfiança inicial por parte das parturientes, estas manifestaram grande bem-estar e envolvimento no processo, resultados esperados de acordo com o MCECP.

Ainda no âmbito das estratégias farmacológicas de alívio da dor destacamos a utilização do Livopan, mistura de oxigénio com protóxido de azoto, gás inalatório, que tivemos oportunidade de oferecer às parturientes. O BP tem um protocolo instituído que permite que o gás possa ser administrado autonomamente pelos EEESMO. Também no Brasil o hospital onde estagiamos oferece este método às parturientes. Tem a vantagem de ter uma ação rápida, (cerca de 3 minutos, com efeito semelhante a 100mg de Petidina) e uma rápida eliminação (em cerca de 5 minutos o fármaco é eliminado, bem como os seus efeitos). Os efeitos secundários mais frequentes são tonturas, náuseas e vómitos e sensação de euforia. Não é necessário acesso venoso e as utentes podem manter-se em movimento. Não está associado a aumento do risco de complicações maternas e fetais (ao contrário de outros métodos como epidural e opiáceos) e não exige monitorização intensa nem invasiva. Sendo um método de controlo da dor não invasivo e controlado pela mulher pode ser facilitador de um trabalho de parto menos intervencionado, pois não elimina totalmente a dor e a não altera a percepção da contração (Rosa, Manuel, Azevedo, Ribeiro e Marques, 2013).

Tivemos oportunidade de desenvolver competências para a identificação e monitorização da evolução do trabalho de parto através da realização de várias atividades tais como o toque vaginal (com avaliação da avaliação das características do colo, estado das membranas, o tipo de apresentação, o grau de descida da apresentação e variedade fetal), monitorização da atividade uterina e das características da FCF, monitorização do comportamento e sensações/percepções maternas: vocalizações, capacidade para manter uma conversa, referência a aumento de pressão no pavimento pélvico ou vontade de fazer esforços expulsivos, entre outros; avaliação da descida da apresentação através da palpação ou da localização onde melhor se captam

os batimentos cardíacos fetais no abdómen materno (Enkin *et al*, 2005). Na fase inicial do estágio encontrávamo-nos muito centradas na realização do toque vaginal para monitorização da evolução do trabalho de parto, não só devido à nossa inexperiência, mas também por ser uma prática corrente na instituição onde estagiámos em Portugal. Com o apoio da nossos orientadores locais e o aprofundamento dos conhecimentos teóricos conseguimos adquirir competência técnica e científica para dar resposta ao critério de avaliação H3.2.4 da OE “avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto” (OE, 2011, p.8664).

No entanto, Downe, Gyte, Dahlen, Singata (2013) consideram que não existe evidência de que o exame vaginal para avaliação da evolução do trabalho de parto melhore os resultados para mães e fetos e que está associado à possibilidade de infeção e desconforto materno, visto ser um exame invasivo. Ao longo do estágio, de uma forma consciente e determinada e à medida que ganhámos confiança na avaliação de outros sinais e métodos, com o contributo da experiência desenvolvida no Brasil e do suporte da nossa EOL fomos diminuindo o número de toques, chegando mesmo nalgumas situações a não realizar nenhum.

Dando resposta à unidade de competência H3.2 da OE (2011) diagnosticámos precocemente e prevenimos complicações para a saúde da mulher e do RN. Para tal implementámos e desenvolvemos intervenções como a monitorização dos sinais vitais da parturiente, administração de medicação (ocitocina, antibiótico para profilaxia da infeção neonatal por streptococcus do grupo b, entre outras), colheita de sangue materno para análises, monitorização das características do líquido amniótico e das perdas sanguíneas, amniotomia, monitorização do bem-estar fetal através da monitorização intermitente (auscultação dos batimentos cardíacos fetais em intervalos regulares com doppler), monitorização da dinâmica uterina através da palpação do útero, monitorização fetal continua (através de CTG), monitorização FCF interna (com a introdução de um eléctrodo diretamente no escalpe fetal para registo contínuo da FCF), colheita de sangue do cordão para para gasimetria.

A fase de transição que ocorre entre os 8 cm e a dilatação completa é uma fase muito exigente tanto para a mulher como para o profissional que a acompanha. É comum nesta fase que a parturiente verbalize que não aguenta mais, que não é capaz. O seu humor pode tornar-se irritável e apresentar boca seca, náuseas e vômitos (Lowdermilk e Perry, 2008). No início do estágio esta fase foi um grande desafio para nós. Sentimos que era difícil encontrar estratégias para apoiar a parturiente que muitas vezes entrava num estado de pânico ou agressividade, encontrando na nossa EOL um modelo, na forma de gerir estas situações. Com a consciencialização de que estes são sinais de que o trabalho de parto evolui e que o nascimento se aproxima tornou-se mais fácil prestar apoio nesta fase e gerir as nossas idiossincrasias, dando resposta à competência D1 - Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade (OE, 2011a). Da experiência que adquirimos, garantir à mulher que o trabalho de parto está evoluir bem e ao mesmo tempo manter uma abordagem calma, são formas de reforçar a sua confiança e proporcionar-lhe apoio (OE, 2015a).

Segundo a OE (2015a), o segundo estágio do TP inicia-se com a dilatação completa do colo uterino, que nem sempre é sinónimo de período expulsivo. De fato, pudemos observar que, muitas vezes, após a fase de transição existe um período em que as contrações diminuem de frequência e em que as parturientes conseguem descansar e ficar mais calmas entre as contrações. É a chamada fase latente ou de descanso (OE, 2015a). É muito importante reconhecer esta fase como uma oportunidade para as mulheres recuperarem forças para a expulsão do feto e aguardar que que manifestem a vontade de realizar esforços expulsivos.

Durante o período expulsivo, e em especial nos casos em que a parturiente se mantinha em posições verticais e em movimento, muitas vezes o transdutor passava a captar os batimentos cardíacos da mulher e não os do feto. Este acontecimento aliado ao fato de o traçado do CTG ser transmitido, no BP em Portugal, para uma central a que todos os profissionais do serviço tinham acesso tornou-se algumas vezes motivo de discordância acerca da interpretação do traçado e da conduta a tomar, como descrito por Paquette, Moretti, O'Reilly, Ferraro, Oppenheimer (2014). Como defende a NICE (2014b), as decisões sobre os cuidados não devem ser tomadas apenas com base na

CTG, devendo ser tidos em conta outros fatores de risco e a progressão do TP. A nossa percepção, quando nos encontrávamos junto da parturiente a ajustar o transdutor, era que o bem-estar fetal não estava comprometido. Foi por isso, muitas vezes, um desafio manter a conduta de não intervir, preservando a presença contínua, atenta e assente na relação pré-estabelecida, garantindo a segurança dos cuidados prestados. Apesar da pressão por parte de outros membros da equipa, com o desenvolvimento da competência de gestão de relações multiprofissionais, mantendo o foco nos cuidados mais adequados e no parto normal, foi possível nalgumas situações de manter a conduta que propúnhamos. Sendo que noutras, decisões unilaterais por parte da equipa médica foram tomadas. Como sugerido pelo MCECP, de McCormack e McCance (2006), independentemente do desenvolvimento desta competência (que se prendem com os atributos da enfermeira), a cultura organizacional nem sempre facilita a partilha de decisão ou de poder de forma consistente, refletindo a influência do contexto nos cuidados prestados. Neste sentido, tivemos a percepção que no Brasil, pela liderança dos EO, o processo de partilha de poder estava facilitado e as mulheres só eram transferidas para os obstetras pela iniciativa dos EO. Este exemplo, confirma a importância das características do ambiente de cuidados na sua relação com os processos de cuidados e os resultados esperados, referidos pelo MCECP.

Gostaríamos de destacar a reflexão sobre a prática de uma intervenção realizada frequentemente durante o período expulsivo: a episiotomia, o corte no períneo, equivalente a uma laceração de grau II (Amorim e Katz, 2008). Haveria muito por dizer sobre esta intervenção, quer do ponto de vista da evidência científica disponível sobre suas indicações, segurança e consequências, quer aspetos ligados às crenças de quem a pratica, emergindo influência cultural das práticas de cuidados. Na literatura (Jiang, Qian, Carroli, Garner, 2017) a recomendação é que seja usada de forma seletiva e não por rotina, prática que é considerada prejudicial à saúde da mulher e considerada até por alguns autores, como Amorim e Katz (2008), como mutilação genital feminina. Não existem evidências clínicas sólidas que corroborem qualquer indicação para a episiotomia e alguns autores como Amorim e Katz (2008), Hartmann, Viswanathan, Palmieri, Gartlehner, Thorp e Lohr (2005) sugerem

mesmo que um procedimento sem efetividade comprovada e com prejuízo demonstrado deve ser abolido até prova em contrário. Enquanto estudantes do CMESMO e futuros EEESMO, defendendo a filosofia de promoção do parto normal/fisiológico e conscientes das obrigações éticas e deontológicas que regulam a nossa prática, tínhamos consciência de que enfrentaríamos um grande desafio nos 6 meses de estágio, num país com taxas de episiotomia superiores a 70% (European Perinatal Health Report, 2010). Um desafio que foi superado com enorme determinação, com uma grande aposta nas medidas de proteção do períneo e o apoio da nossa EOL. Houve algumas situações em que nos sentimos pressionadas para realizar este procedimento em Portugal, coisa que não aconteceu no Brasil, emergindo a influência do contexto como proposta pelo MCECP, de McCormack e McCance (2006). A maternidade brasileira onde estagiámos apresenta taxas de episiotomias muito baixas¹⁰ comparativamente com a realidade portuguesa. Inclusivamente a aplicação de fórceps e ventosas é realizada pelos obstetras sem o recurso à episiotomia. Daquilo que pudemos observar, a realização da episiotomia como um procedimento seletivo ou de rotina depende muito mais do EEESMO que assiste o parto do que da necessidade ou não por parte da mulher, sugerindo que crenças culturais do profissional poderão estar por trás desta decisão (Diniz e Chacham, 2006). Como tal, seria importante que, para além do registo do número de procedimentos realizados num determinado hospital, se registasse a frequência com que cada profissional efetua este procedimento em concreto, de forma a estudar a melhor forma de integrar a evidência na prática de cuidados. Conseguimos ainda intuir a influência das características da enfermeira, e do contexto (onde por vezes prevalece o modelo médico) na prestação de cuidados, como sugere o MCECP, de McCormack e McCance (2006).

Tivemos oportunidade de acompanhar um parto pré-termo de 36 semanas mais 1 dia no Brasil, por não ter mais nenhum fator de risco. O parto aconteceu no banco de parto debaixo do chuveiro, por vontade da mãe, que estava acompanhada do marido, tendo nascido um RN do sexo feminino com

¹⁰ 5,8% em 2013, 3,6% em 2014 e 3,1% em 2015, muito abaixo dos 10% que estima a OMS (1996) Informação que pode ser consultada em: <http://www.sofiafeldman.org.br/indicadores-hospitalares/>

Índice de Apgar 8/9. Apesar do pediatra estar presente não foram necessárias medidas de reanimação ou suporte pelo que o RN ficou em contato pele-a-pele com a mãe.

Todos os partos que assistimos no 2º estágio foram cefálicos e nas situações em que verificámos circulares do cordão foi possível desfazê-las ou realizar a manobra de Samersault (Simkin, Hanson, Ancheta, 2017).

Nas situações de distócia de ombros em que participámos estas foram resolvidas com recurso à manobra de McRoberts e pressão supra-púbica. (Simkin *et al*, 2017).

Tivemos a oportunidade de observar no Brasil um parto pélvico efetuado por médica obstetra, no banco de parto, tendo o recém-nascido sido submetido a medidas de adaptação à vida extra-uterina por pediatra, ao lado da sua mãe e com manutenção do clameamento tardio do cordão.

Dando resposta ao critério de avaliação H3.2.7 - assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina da OE (2011) - realizámos avaliação imediata do RN implementando medidas como: avaliação do Índice de Apgar; colocação do RN junto da mãe, secando-o e cobrindo-o para manutenção do calor; clameamento tardio do cordão umbilical; Com a colocação do RN sobre a mãe e oferecendo a oportunidade de cortar o cordão umbilical ao pai do RN, promovemos também o contato pele-a-pele, a amamentação e a vinculação, dando resposta aos critérios de avaliação H3.1.4. e H3.1.5. da OE (2011).

Destacamos a participação nos cuidados aos RN que necessitaram de reanimação e foram referenciados para a equipa de pediatras, em 3 situações por partos instrumentados e 2 por partos por cesariana, sendo que um deles foi transferido para a unidade de cuidados intensivos em incubadora, dando resposta aos critérios de avaliação 3.2.8, 3.2.9 e 3.2.10 da OE (2011).

No 3º estágio do TP, a nossa atitude foi expectante, na maioria das situações, respeitando a dequitação natural. Realizámos ligeira tração controlada do cordão umbilical e massagem uterina apenas quando observámos sinais de descolamento da placenta, intervenções que estão associadas a menor risco de hemorragia pós-parto, segundo NICE (2014). Após a dequitação observámos a integridade e características da placenta,

membranas e cordão umbilical. Em duas situações foi necessário proceder a revisão manual por suspeitas de fragmentação de membranas. Administrámos ocitocina como profilaxia, segundo protocolos hospitalares das instituições onde estagiámos em quase todos os casos, com a excepção de duas situações a pedido da mulher e após avaliação de risco de hemorragia pós-parto. Avaliámos a formação do globo de segurança de Pinard e vigiámos perdas hemorrágicas vaginais. Verificámos a integridade do canal de parto e procedemos à sua reparação quando necessário (OE, 2015a). A técnica da sutura constituiu um grande desafio que foi sendo ultrapassado com a experiência, prática em simulação e apoio da nossa EOL, dando resposta ao critério de avaliação H3.3.4 da OE (2011). Durante esta fase tivemos oportunidade de colher sangue do cordão para determinação do grupo sanguíneo do RN, para gasimetria, em situações de suspeita de hipoxia fetal, e para criopreservação das células estaminais.

Em duas situações foi necessário efetuar revisão uterina manual por suspeita de retenção de membranas fragmentadas.

Competência Específica

COMPETÊNCIA H4 - Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o o período pós-natal (OE, 2011a).

Competências ICM

COMPETÊNCIA Nº 5: Prestam às mulheres cuidados pós-parto abrangentes, de alta qualidade e culturalmente sensíveis (ICM, 2010).

COMPETÊNCIA Nº 6: As parteiras prestam cuidados abrangentes e de alta qualidade a bebés essencialmente saudáveis desde o nascimento até aos dois meses de idade (ICM, 2010).

No que diz respeito à prestação de cuidados pós-natais destacamos a vigilância que mantivemos sobre o estado de saúde da puérpera e RN de forma a prevenir e detectar precocemente complicações, em especial nas primeiras 2 horas após o parto, dando resposta à competência específica H4.2. da OE (2011) que se relacionam com as competências nº4, 5 e 6 da ICM. Neste âmbito, avaliámos sinais vitais da puérpera e estado das mamas,

pesquisámos de globo vesical e eventual esvaziamento em caso de retenção urinária, avaliámos quantidade e características dos lóquios, estado do períneo, adaptação do RN à mama, entre outros aspetos. Realizámos educação para a saúde sobre cuidados com o períneo, amamentação e cuidados ao RN, dando reposta à unidade de competência H4.1. da OE (2011).

No Brasil tivemos oportunidade de desenvolver mais aprofundadamente a competência H4.2.3. - identifica e monitoriza o estado de saúde do recém-nascido, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação - pois na maternidade brasileira eram os EO que faziam o exame completo para a alta. Realizámos então este exame de forma minuciosa sob a orientação dos EO. Destacamos uma situação particular em que identificámos displasia da anca por manobra de Ortolani positiva.

Tivemos em conta e demos reposta a alterações dos processos de transição e adaptação à parentalidade, prestando cuidados abrangentes e culturalmente sensíveis. A título de exemplo, relatamos uma situação em que a acompanhante, a avó da puérpera de origem caboverdiana, nos solicitou que um pouco de sangue “do parto” (sic) para benzer o RN apelando que este ritual o iria proteger. Pedido ao qual acedemos, com a concordância da puerpéra, em respeito pelos costumes familiares e culturais da família.

Intervimos em situações que poderiam afetar negativamente a saúde da puérpera e RN dando resposta à unidade de competência H4.3. da OE, nomeadamente com medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera e seus conviventes significativos, intervenções de recuperação pós-parto e medidas corretivas ao processo de aleitamento materno. Tivemos uma situação de hemorragia com perda súbita e acentuada de sangue que fez com que a puérpera apresentasse uma síncope. Foi imediatamente colocada em decúbito dorsal (estava no banco de parto) com os membros inferiores elevados. O útero encontrava-se bem contraído pelo que após ao pesquisar a integridade do canal de parto se concluiu que a hemorragia se devia a uma laceração que foi prontamente suturada, ficando resolvida a situação.

2.2.1 Proximidades e distanciamentos entre a literatura e a prática: realização de um estágio numa ULE/P

Para além do desenvolvimento de competências de EEESMO num contexto onde o MAPE/P fosse o modelo em vigor, e em concreto numa ULE/P, foi nosso objetivo mapear proximidades e distanciamentos entre a evidência científica identificada e a realidade de uma ULE/P.

Este mapeamento resultou da reflexão entre aquilo que pudemos observar e das conversas informais que tivemos com os EO do CPN durante o nosso estágio no HSF e a evidência científica que havíamos identificado previamente através da RL.

De forma sucinta identificámos as seguintes proximidades e distanciamentos entre a evidência científica e a realidade da ULE/P:

- A valorização que os EO do CPN manifestam quanto ao exercício pleno da sua autonomia, satisfação e liberdade por poderem prestar cuidados de acordo com a filosofia com que se indentificam (filosofia dos cuidados liderados por parteiras) foi um aspetos semelhante ao encontrado na RL;
- A ideia de que o contexto pode influenciar os cuidados prestados foi veiculada pelos EO do CPN, que também prestam cuidados na Sala de Partos. Tal como identificado na RL um dos fatores será a diferença de atmosfera ou *feeling*;
- O enorme sentido de responsabilidade que os EO referem sentir no CPN e alguma apreensão advinda das consequências de possíveis erros de conduta, vai de certo modo ao encontro aos sentimentos identificado na RL;
- Os EO convidados para integrar a equipa do CPN manifestam um sentimento de orgulho pelo reconhecimento das suas competências e vêm uma oportunidade de legitimar essas mesmas competências. Perspetivas semelhantes às encontradas na RL;
- Os EO do CPN, apesar da enorme autonomia que possuem, referiram que nalgumas situações ainda sentiam a influência do modelo biomédico, devido aos protocolos e do ambiente mais “exposto” do CPN com possibilidade de crítica externa, levando-os a alterar alguns aspetos da sua prática. Perspetiva que vai igualmente ao encontro da evidência identificada na RL;

- O trabalho noturno e excessivo foi mencionado pelos EO, tal como identificado na RL;
- Apesar de os EO mencionarem o fato de algumas mulheres serem mais fáceis de incluir no processo de decisão pois já vinham mais preparadas para tal, não mencionaram que este processo seria mais difícil na Sala de Partos do que no CPN. Talvez pela filosofia da Sala de Partos ser muito semelhante à do CPN, em especial no que diz respeito aos cuidados centrados na mulher.

Alguns aspetos identificados na RL não foram mencionados pelos EO com quem nos cruzamos como:

- Sentimento de insegurança, barreiras à implementação, relacionados com a prática de cuidados não intervencionistas e centrados na mulher (que já se esperava não encontrar neste contexto, pois esta é a prática habitual deste hospital);
- O impacto negativo na vida dos EO pelo motivo de estar de chamada também não foi referida pois não se aplica a este contexto;

2.2.2 Contributos e implicações para a prática do estágio realizado no Brasil

De forma de mobilizar a teoria que havíamos analisado e dando resposta à competência comum D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais da OE (2011b), com o objetivo nos assumirmos como facilitadores nos processos de aprendizagem e agentes activos no campo da mobilização de saberes, havíamos planeado a realização de uma sessão de Grupo Focalizado com os EEESMO em contexto de estágio com relatório (“Projeto de Estágio com Relatório”). Em alternativa, e no caso de os EEESMO revelarem conhecimento reduzido sobre as ULE/P, optaríamos por uma ação de formação dirigida aos mesmos sobre as referidas unidades, procurando os seus contributos após a mesma. Assim sendo, previamente ao planeamento da sessão, e já em contexto de estágio no BP, perguntámos aos EEESMO o que pensavam sobre as ULE/P e o que mais gostariam de saber relativamente às mesmas. Dessa forma poderíamos adequar a formação aos seus interesses e ao mesmo tempo perceber de forma rudimentar o que já

sabiam ou o interesse que possuíam sobre esta temática. De fato alguns não sabiam do que se tratava quando utilizava o termo ULE/P. No entanto, tinham uma ideia generalizada do que são Casas de Parto ou Centros de Parto Normal, ligando-as a unidades onde os cuidados são prestados apenas por EEESMO, vocacionadas para o parto natural.

Neste sentido, optámos por realizar uma sessão de formação que foi planeada com o objetivo de divulgar as ULE/P e a revisão teórica efetuada, partilhar a experiência no Brasil e recolher os contributos dos EEESMO. Um dos aspetos que mais suscitava interesse era a questão dos critérios de admissão e transferência das ULE/P para as UOC, ligada portanto à percepção de segurança para os profissionais e para as mulheres. Outra questão colocada era a proveniência das mulheres e a preocupação de perceber se estas teriam algum tipos de preparação prévia à admissão na ULE/P.

Para promover a sessão de formação, além dos cartazes, utilizámos um *teasing* que consistiu em efetuar escalda-pés e massagem de reflexologia a alguns EEESMO que se voluntariaram, com o intuito que partilhassem a experiência com os colegas. Durante a sessão pudemos complementar a informação, esclarecer dúvidas e recolher os contributos da discussão que se estabeleceu. Apesar de a acção ter ocorrido numa passagem de turno, e portanto num momento em que os EEESMO não tinham disponibilidade total, estes mostraram-se interessados muito no tema, colocaram questões (em especial sobre a experiência no Brasil) e foram muito participativos. Resumidamente os EEESMO presentes (cerca de 10):

- Consideraram que as ULE/P são locais onde a filosofia preconiza o parto normal, respeitado e livre de intervenções, num ambiente tipo familiar, onde os EEESMO prestam cuidados de forma autónoma e “sem médicos” (sic);
- Referiram que nestes locais seriam mais frequentes os partos normais e menos frequentes as episiotomias comparando com as UOC;
- Manifestaram entusiasmo pela criação de ULE/P em Portugal e pela possibilidade de poderem trabalhar numa dessas unidades;
- Consideraram que seria mais adequado para o contexto português ULE/P intra-hospitalares;

- Defenderam que sem legislação a implementação das ULE/P é difícil, pois não existe um enquadramento legal que proteja os profissionais, sendo portanto o risco muito maior;
- Mostram-se com receio de processos legais em caso de complicações intra-parto em ULE/P;
- Colocaram em questão a viabilidade financeira destas unidades, considerando que o parto não intervencionado demoraria mais tempo, seriam necessários mais recursos humanos e seria portanto mais dispendioso do que uma cesariana, por exemplo. Embora não existisse consenso entre os EEESMO presentes nesta questão;
- Colocaram em causa a evidência científica apresentada nomeadamente as vantagens em termos de resultados, apelando que os estudos se referem a realidades diferentes das nossas, não havendo também consenso nesta questão;
- Referiram que existem muitos obstáculos em especial relativos a crenças sociais e políticas públicas ligadas a interesses profissionais (cultura médico-cêntrica) e por isso é necessário “avançar devagar” (sic);
- Defenderam que têm que ser as mulheres a solicitar e estarem “informadas das vantagens para as próprias e para os bebés” (sic).

Podemos concluir, e muitos dos aspetos mencionados já haviam sido identificados na RL, que os EEESMO do BP onde estagiámos em Portugal manifestaram um grande entusiasmo pelas ULE/P, tanto pela possibilidade de lá prestarem cuidados como pelas vantagens para mães, bebés e famílias. Apesar disso apontaram algumas barreiras como o receio de processos legais, a falta de legislação própria para estas unidades, os obstáculos políticos, profissionais e culturais e a viabilidade económica. Evidenciaram que é fundamental para o desenvolvimento destas unidades que as mulheres as solicitem e estejam informadas das suas vantagens.

2.3 O percurso em números

A Diretiva 2005/36/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, relativa ao reconhecimento de qualificações profissionais, com transcrição para a lei portuguesa em 2009 (Lei nº9/2009), define os critérios necessários e mínimos exigidos para a formação das Parteiras/EEESMO. Com base nesses critérios e outros que consideramos relevantes contabilizaremos as diversas experiências que tivemos oportunidade de realizar durante o estágio de forma a melhor descrever o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências em ESMO.

Embora não tivesse sido possível contabilizar as experiências do Brasil para os mínimos exigidos pela diretiva europeia, os números que apresentaremos a seguir englobam essas experiências.

Assim, prestámos cuidados a 69 mulheres no 1º estágio do TP, 52 no 2º estágio, 46 no 3º estágio e 60 no 4º estágio do TP. Das 52 mulheres que assistimos o parto mulheres 33 foram submetidas a analgesia epidural ou sequencial, 7 optaram por Óxido Nitroso, 1 por Petidina e 11 não efetuaram qualquer método farmacológico de alívio da dor.

Em contexto intra-parto, motorizamos continuamente através de CTG 58 parturientes e seus fetos e 13 intermitentemente através de Doppler (este último tipo de monitorização apenas no Brasil).

Efetuámos 54 avaliações internas, sendo que na maternidade brasileira apenas tocámos 5 das 12 parturientes (42%, aproximadamente) que acompanhámos no parto, ao invés das 32 em 40 (80%) no BO em Portugal, sendo de realçar que após o regresso do Brasil apenas realizamos toques em 2 das 10 mulheres a quem prestámos cuidados no 2º estágio do TP.

Não foi necessário realizar episiotomia em nenhuma das 52 mulheres a quem assistimos o parto.

Assim, 15 mulheres mantiveram períneo íntegro, 22 tiveram lacerações de grau I e 15 de grau II, sendo que foi necessário realizar 37 perineorrafias.

Assistimos 18 mulheres que realizaram o período expulsivo em posição vertical, com mobilidade de cóccix¹¹, no banco, em pé ou na banheira (na água apenas no Brasil). Foram 2 em 30 (10%) no BO em Portugal, 9 em 12 (75%) no HSF e 7 em 10 (58%) no BO em Portugal após o regresso do Brasil, significando um aumento de quase 50% no contexto português.

Prestámos cuidados especializados a 13 mulheres em situação de distócia (fórceps, ventosa ou cesariana).

Avaliámos e prestámos cuidados imediatos aos 52 RN das mulheres a quem assistimos no 2º estágio do TP, com Índices de Apgar (IA) na sua grande maioria de 9/10 ou 10/10. Os casos de IA mais baixos os RN recuperaram bem ao 5º minuto e 10º minuto. Os resultados maternos também foram bons não se registando nenhuma intercorrência grave.

¹¹ Não contabilizámos nesta categoria as mulheres com expulsivo em posição de semi-sentada. Apesar de parto verticalizado, o cóccix encontra-se apoiado não permitindo mobilidade da bacia, sendo que a maioria dos partos aconteceu nesta posição por ser a posição usualmente sugerida pelos EEESMO no Bloco de Partos onde estagiámos em Portugal.

3. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Com a realização deste trabalho ficou claro que as ULE/P são uma alternativa segura com benefícios comprovados para mães e RN, e podem fazer parte de uma estratégia a considerar para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde em SMO.

Para além disso têm a vantagem de possibilitar maior autonomia e satisfação também para os EEESMO.

Consideramos ainda assim que seria importante explorar outras formas de operacionalização do MAPE/P, nomeadamente o modelo “*caseload midwifery*” (em que 1 EEESMO/Parteira é responsável pela prestação de cuidados a mulheres que acompanha durante a gravidez, parto e pós-parto), pela valorização que as mulheres dão ao fato de serem assistidas durante o parto por um profissional conhecido (Maternity services in England, 2013). Ou soluções como a do País de Gales ou Escócia (Hunter, Segrott, 2014; Cheyne *et al*, 2013), em que houve implementação de *clinical pathways* que permitiam encaminhar as mulheres de baixo risco para cuidados liderados por EEESMO/Parteiras em contexto de UOC. Esta última pode ser uma forma de oferecer cuidados de qualidade a um maior número de mulheres/famílias, uma vez que mesmo em países onde as ULE/P fazem parte do sistema público de saúde e onde existe uma política de promoção da sua utilização, apenas uma pequena percentagem de partos acontecem nestas unidades¹² (Maternity services in England, 2013).

Voltando à importância das ULE/P, destacamos a necessidade de realizar mais investigação sobre as perspetivas, experiências e opiniões dos EEESMO no que diz respeito às ULE/P em Portugal, e incluir também outros grupos profissionais, nomeadamente os médicos obstetras. Isto porque é considerada boa prática que um grupo multidisciplinar esteja implicado na política de gestão do risco, fundamental para a segurança e qualidade das ULE/P (RCM, 2009).

¹² Em Inglaterra, no ano de 2012, 11% aconteceram em ULE/P, sendo que 9 foram em ULE/P independentes (*freestanding midwifery units*) e 2% aconteceram em ULE/P associadas a um hospital (*alongside midwifery units*) (Maternity services in England, 2013).

Neste sentido, e para que se considere a implementação de ULPE/P torna-se necessário envolver na discussão, para além dos grupos profissionais da área da SMO e das instituições de saúde, as mulheres/famílias e o poder político.

Assim, tendo em conta o trabalho que desenvolvemos pretendemos:

- Divulgar o nosso trabalho e as experiências vividas no decurso do estágio junto dos profissionais e estudantes da área da SMO.
- Desenvolver ou colaborar em pesquisas académicas que visem o estudo sobre as ULE/P, nomeadamente sobre as perspetivas dos profissionais de saúde envolvidos e a possibilidade da sua implementação em Portugal.
- Colaborar com associações da sociedade civil que representem as mulheres/família, enquanto consumidoras, no sentido de informar e promover debates sobre as vantagens das ULE/P e sobre a possibilidade de implementação das mesmas.
- Colaborar com os diversos grupos interessados no sentido de se encontrarem estratégias de implementação de ULE/P, nomeadamente com o poder político e OE de forma a encontrar-se uma solução de enquadramento legal para as ULE/P.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, que englobou o estágio (em Portugal e no Brasil), os diários de aprendizagem, a sessão de formação para os EEESMO e o presente relatório, foi sem dúvida caracterizado pela diversidade de oportunidades de aprendizagem e por um crescimento pessoal, académico e profissional.

Na concretização dos nossos objetivos enfatizamos alguns desafios que implicaram a reformulação do projeto inicial. Neste âmbito destacamos os seguintes:

- a questão temporal e a necessidade de conjugar a vida familiar e profissional com o estágio e com o desenvolvimento do projeto foi um enorme desafio;
- a identificação da evidência científica foi também um grande desafio pois a falta de experiência da nossa parte exigiu um consumo de tempo acrescido;
- a pesquisa que efetuámos resultou na identificação de evidência muito recente, que confirma a ideia que este é um tema atual e de interesse nesta área, embora possam ter ficado por analisar artigos que, embora mais antigos, pudessem trazer outros contributos relevantes;
- a apresentação da ação de formação decorreu após uma passagem de turno, altura em que os EEESMO não estavam completamente disponíveis para a discussão, o que pode ter levado a uma recolha mais curta e superficial de contributos sobre o tema de interesse.

No que diz respeito ao percurso de desenvolvimento de competências destacamos que é da competência do EEESMO cuidar do grupo-alvo tendo em vista a melhoria contínua da qualidade, bem como a promoção de práticas que respeitem os direitos humanos e responsabilidades profissionais (OE, 2011a; OE, 2011b). Nesse sentido, a reflexão sobre os modelos de prestação de cuidados e as alternativas relativamente aos locais de nascimento é muito importante para a prestação de cuidados de qualidade.

Assim, com a finalização deste trabalho podemos concluir que as ULE/P são uma forma de prestar cuidados liderados por EEESMO/Parteiras e são uma alternativa segura, com inúmeros benefícios comprovados. Do trabalho que desenvolvemos podemos afirmar que as ULE/P:

- Têm como filosofia a promoção do parto normal, com a consequente diminuição de intervenções desnecessárias;
- Disponibilizam cuidados centrados na mulher/família, liderados por EEESMO/Parteiras, garantindo a satisfação e empoderamento da mulher/família;
- São uma forma de garantir às mulheres uma alternativa às UOC;
- Constituem locais que permitem às parteiras praticar com autonomia, fazendo com que as suas competências sejam preservadas e ensinadas;
- Os EEESMO/Parteiras expressam grande entusiasmo e satisfação por trabalhar em ULE/P;
- Podem existir barreiras à sua implementação e funcionamento.

Relativamente ao nosso percurso de aprendizagem e a sua relação com a temática de interesse, consideramos que as atividades que desenvolvemos ao longo deste estágio contribuíram para o desenvolvimento da prática de cuidados centrados na mulher/família e para a promoção do parto normal/não intervencionado como uma experiência positiva e empoderadora, aproximando a nossa prática da preconizada pelo MAPE/P.

O estágio no Brasil foi sem dúvida uma experiência marcante e extremamente enriquecedora. Uma oportunidade para o desenvolvimento de competências específicas, no âmbito do MAPE/P e das ULE/P, em concreto. A oportunidade de realizar observação e participar na prestação de cuidados no CPN permitiu-nos um contato direto com a operacionalização dos conceitos identificados na revisão da literatura. Permitiu ainda o desenvolvimento da reflexão sobre as diferenças entre a evidência identificada na RL e ao mesmo tempo experienciar a liberdade, a autonomia, a criatividade e a responsabilidade associadas aos cuidados prestados nesta unidade. Neste âmbito realçamos ainda o contributo da experiência para o desenvolvimento de competências empoderadoras dos profissionais e das mulheres para a concretização do parto não intervencionado, reforçando assim a confiança no nosso papel enquanto facilitadores deste processo.

Consideramos que ao termos realizado a sessão planeada, procurado identificar as perspetivas dos EEESMO informalmente e ao termos partilhado a evidência identificada e a nossa experiência no Brasil, promovemos a reflexão

sobre o local de nascimento e sobre o modelo subjacente, no contexto da nossa prática de cuidados.

Finalmente consideramos que atingimos os objetivos propostos de reflexão e análise do nosso percurso de aprendizagem, demonstrando as competências adquiridas e desenvolvidas, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e pela International Confederation of Midwives (IMC), necessárias para prática especializada.

Gostaríamos ainda de acrescentar que “uma das condições fundamentais da excelência de cuidados é a atualização contínua de conhecimentos” (OE, 2015). Assim, pensamos que este é apenas o início de um percurso de consolidação e desenvolvimento de competências que dever-se-á estender por toda a nossa vida profissional, onde a procura de novas experiências e oportunidades de aprendizagem seja uma constante, tendo como base a prática baseada na evidência e procurando proporcionar experiências felizes e empoderadoras para mulheres e família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amorim, M., Katz, L. (2008). O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. *Femina*, 36 (1), 47-54.
- Amorim, M. (2013). *Episiotomia: seletiva ou nunca?* Comunicação no 1º Simpósio de Obstetrícia da Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda.
- Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras & Federación de Asociaciones de Matronas de España (2009). *Iniciativa parto normal - Documento de consenso*. Loures: Lusodidacta.
- Associação Portuguesa dos Direitos das Mulheres na Gravidez e no Parto (2015). *Experiências de Parto em Portugal*. APDMGP: Lisboa. Disponível em: http://www.associacaogravidezeparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Experi%C3%A2ncias_Partos_Portugal_2012-2015.pdf
- Buchmann E. J., Libhaber E. (2007). Accuracy of cervical assessment in the active phase of labour. *BJOG*, 114(7), 833-7.
- Cheyne, H., Abhyankar, P., McCourt, C. (2013). Empowering change: Realist evaluation of a Scottish Government programme to support normal birth. *Midwifery*, 29, 1110-1121.
- Collings, J. (2012). *Os mistérios femininos e o Parto*. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=h6qIJCQlvCw>
- Couto, G. (2014). Violação da Lei e das directivas comunitárias....É a norma do actual executivo! *Jornal Enfermeiro*, 1, 6-9
- Davis-Floyd, R., Barclay, L., Daviss, B., Tritten, J. (2009). *Birth Models That Work*. The regents of University of California: USA.
- Diniz, S., Chacham, A. (2006). O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva*, 1(1), 80-91.
- Department of Health (2007a). *Making it Better for Mother and Baby*. London: Department of Health.
- Department of Health (2007b). *Maternity matters: choice, access and continuity of care in a safe service*. London: Department of Health.

- Department of Health Social Services and Public Safety (2012). *A Strategy for Maternity Care in Northern Ireland*. Belfast: Department of Health Social Services and Public Safety.
- Despacho N.º 24256/2003 de 17 de Dezembro (2003). Criação da Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal. DIÁRIO DA REPÚBLICA II SÉRIE, N.º 290 (17-12-2003), 18436.
- Despacho n.º 21929/2009 de 1 de Outubro (2009), Diário da República, 2.ª série, N.º 191 (1-10-2003), 39948-39949.
- Direção Geral da Saúde (2001), *Circular Informativa N.º 16/DSMIA Boletim de Saúde da Grávida*, Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2013), Orientação N.º 023/2011 Exames Ecográficos na Gravidez de baixo risco. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2015a), Orientação N.º 001/2015 Trabalho de Parto Estacionário. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2015b). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Downe S., Gyte GML., Dahlen HG., Singata M. (2013). Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7. Art. No.: CD010088.
- Dundes, L. (1987). The evolution of maternal birthing position. *American Journal of Public Health*. 77(5). 636–641.
- Entidade Reguladora da Saúde (2007). *Relatório sobre o Estudo Técnico de Caracterização dos Prestadores Não Públicos de Cuidados de Saúde com Centros de Nascimento*. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/103/824999_rel.pdf.
- Europeristat (2010), *European Perinatal Health Report*. Paris:INSERM (Versão eletrónica). Disponível em: <http://www.europeristat.com/>.
- Everly, M. (2011). Facilitators and Barriers of Independent Decisions by Midwives During Labor and Birth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 57(1), 49-54. DOI: 10.1111/j.1542-2011.2011.00088.x.

- Enkin, Keirse, Neilson, Crowther, Duley, E.Hodnett, Hofmeyr (2005). *Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Flick, U. (2013). Métodos Qualitativos na Investigação Científica (A. M. Parreira, Trad.). (2ª ed.). Lisboa: Monitor (Qualitative Sozialforschung, 2002, Hamburg: Rowohlt Tashenbuch Verlag GmbH).
- Galvão, C., Sawada, N. (2003). PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS: estratégias para sua implementação na enfermagem. *Revista Brasileira Enfermagem*, 56(1), 57-60.
- Garcia, T., Nóbrega, M. (2004). CONTRIBUIÇÃO DAS TEORIAS DE ENFERMAGEM PARA A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO DA ÁREA. *Revista Brasileira Enfermagem*, 57(2), 228-32.
- Hodnett, ED. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal Obstetric Gynecology*. 186 (5),160-72.
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. (2013). Continuous support for women during childbirth (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7. Art. Nº:CD003766.
- Hunter, B., Segrott, J. (2014). Renegotiating inter-professional boundaries in maternity care: implementing a clinical pathway. *Sociology of Health & Illness*. 36(5), 719-737.
- International Confederation of Midwives (2011). *Midwife Led Care, The First Choice or All women*. Position Statement. International Confederation of Midwives: The Netherlands.
- International Confederation of Midwives (2013). *Essential competencies for basic midwifery practice*. Core Document. International Confederation of Midwives: The Netherlands.
- International Confederation of Midwives (2014a). *Keeping Birth Normal*. Position Statement. International Confederation of Midwives: The Netherlands.
- International Confederation of Midwives (2014b). *Philosophy and Model of Midwifery Care*. Core Document. International Confederation of Midwives: The Netherlands.

- FIGO (2015). Mother–baby friendly birthing facilities. FIGO Guidelines. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 128, 95–99
- Institute of Medicine (2001). *CROSSING THE QUALITY CHASM: A NEW HEALTH SYSTEM FOR THE 21ST CENTURY*. National Academy Press: Washington.
- Joanna Briggs Institute (2011). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2011 edition. Australia : The Joanna Briggs Institute.
- Jordan Z, Lockwood C, Aromataris E, Munn Z. (2016). The updated JBI model for evidence-based healthcare. Australia: The Joanna Briggs Institute.
- Jornal de Notícias (2010). Hospital-escola com 180 camas e blocos cirúrgicos (par.5). Acedido em 15-5-2017. Disponível em <http://www.jn.pt/local/noticias/porto/gondomar/interior/hospitalescola-com-180-camas-e-blocos-cirurgicos-1523440.html>.
- Lamaze (2016). International Day of the Midwife 2016 (par.4). Acedido em 5-04-2017. Disponível em <https://www.scienceandsensibility.org/p/bl/et/blogid=2&blogaid=864>.
- Laws, P., Tracy, S., Sullivan, E. (2010). Perinatal Outcomes of Women Intending to Give Birth in Birth Centers in Australia. *BIRTH*, Vol. 37(1), 28-36.
- Leeman L., Fontaine P., King V., Klein MC., Ratcliffe S. (2003) The nature and management of labor pain: part I. Nonpharmacologic pain relief. *American Family Physician*, Vol. 68(6), 1109-12.
- Lei n.º 15/14 de 21 de março (2014). Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Diário da República. 1.ª série N.º 57, 2127- 2131.
- Lei nº 4/84 de 16 abril (1984). Proteção da Maternidade e da Paternidade. Diário da República. Série I, Nº 81 (16-04-1984) 1149-1153.
- Lei ° 9/09 de 4 março (2009). Transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho, de 7 de Setembro, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais, e a Directiva nº 2006/100/CE, do Conselho, de 20 de Novembro, que adapta determinadas directivas no domínio da livre circulação de pessoas, em virtude da adesão da Bulgária e da Roménia. Diário da República I Série, Nº 44 (4-03-2009) 1515.

- Lei nº 142/99 de 31 de Agosto (1999). Quarta alteração à Lei 4/84, de 5 de Abril, que disciplina o regime de proteção na maternidade, paternidade e adopção. Diário da República, Série Nº (31-8-1999) 5996-6005.
- Lei nº 111/09 de 25 de Março (2009). Procede à primeira alteração do estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 1ª série, Nº 180 (25-03-2009) 6528-6550.
- Leite, E. Malpique, M., & Santos, M. (2001). *Trabalho de projecto: aprender por projectos centrados em problemas*. 4ª Edição. Porto: Edições Afrontamento.
- Lowdermilk, D., Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade* (H. Bértolo, I. Albernaz, M. Durão, M. Leal, A. Espada, Trad.). Loures: Lusodidacta. (Maternity Nursing, 2006, New York: Elsevier).
- Maillefer, F., Labrusse, C., Cardia-Vonèche, L., Hohlfeld, P., Stoll, B. (2015). Women and healthcare providers' perceptions of a midwife-led unit in a Swiss university hospital: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 56. DOI:10.1186/s12884-015-0477-4.
- Maternity services in England (2013). *National Audit Office*. Report by the comptroller and auditor general. London: The Stationery Office.
- McCORMACK B. , McCANCE T.V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 472-479.
- McCormack, Borg, Cardiff, Dewing, Jacobs, Janes, Karlsson, McCance, T Mekki, Porock, Lieshout, Wilson (2015) Person-centredness – the 'state' of the art. *International Practice Development Journal*, 5 (1), 1-15
- McCourt, Rayment, Rance, Sandall (2014). An ethnographic organisational study of alongside midwifery units: a follow-on study from the Birthplace in England programme. *Health Services and Delivery Research*, 2(7), 43-56. DOI: 10.3310/hsdr02070.
- Miah, Adams (2015). Creating a culture of 'safe normality': Developing a new inner city alongside midwifery unit. *British Journal of Midwifery*, 23(7), 498-508. DOI: 10.12968/bjom.2015.23.7.498.
- Morano, Cerutti, Mistrangelo, Pastorino, Benussi, Costantini, Ragni (2007). Outcomes of the first midwife-led birth centre in Italy: 5 years' experience. *Arch Gynecol Obstet.*, 276, 333–337.

- National Institute for Health Clinical Excellence (2014a). *Inducing labor*. Quality Standard. NICE: London. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs60>
- National Institute for Health Clinical Excellence (2014b). *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*. NICE: London.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem*. Tomada de Posição. OE: Lisboa
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Projeto Maternidade com Qualidade. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/ProjectoMaternidadecomQualidade.aspx>.
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Livro de Bolso*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). Parecer nº 59/2015 “Criação de Centro de Enfermagem de Assistência Perinatal”. Lisboa: OE
- Organização Mundial da Saúde (2015). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Acedido em 20/03/2017. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf.
- Paquette, Moretti, O'Reilly, Ferraro, Oppenheimer (2014). The Incidence of Maternal Artefact During Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring. *Journal Obstetrics Gynaecology Canada*, 36(11), 962–968.
- Pintassilgo, S. (2014). *O Risco e as Condições Sociais e Assistenciais da Maternidade em Portugal*. ISCTE. Tese de Doutoramento. Lisboa.
- PORDATA (2017). Partos nos hospitais: Total e por tipo. Acedido em 20/7/2017. Disponível em <http://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- Portaria nº 615/2010 de 3 de Agosto (2010). Diário da República, 1ª série, Nº149 (3-8-2010). 3166-3182.
- PORTARIA N.º 888, DE 12 DE JULHO (1999). Ministério da Saúde. Departamento nacional de auditoria do SUS. LEGISLAÇÃO FEDERAL. (13-7-99).

- Regulamento nº127/2011 de 18 de Fevereiro (2011a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª série, Nº35 (18-2-2011). 8648-8653.
- Regulamento nº127/2011 de 18 de Fevereiro (2011b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Diário da República, 2ª série, Nº35 (18-2-2011). 8662-8666.
- Reynolds, J.L. (1997). Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *Canadian Medical Association Journal*, 156 (6), 831-835.
- Robert J., Ho J.J., Valliapan J., Sivasangari S. (2015). Symphysial fundal height measurement in pregnancy for detecting abnormal fetal growth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9. Art. Nº.: CD008136. DOI: 10.1002/14651858.CD008136.pub3
- Rosa, T., Manuel, J., Azevedo, C., Ribeiro, I., Marques, R. (2013). NORMA DE PROCEDIMENTO Nº ANEST 3112 - *Protocolo Analgesia Inalatória em Obstetrícia*. Consultado em maio de 2016.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., Devane, D. (2016). Midwife-led continuity care versus other models of care for childbearing women (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.
- Simkin, P. (1992). Just another day in a woman's life? Part II: Nature and consistency of women's long-term memories of their first birth experiences. *Birth*, 19 (2), 64-81.
- Simkin, P., Hanson, L., Ancheta, R. (2017). *The Labor Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia* (4ª Ed.). New Jersey: John William & Sons, Inc..
- Singata M, Tranmer J, Gyte GML. (2013). Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 8. Art. No.: CD003930. DOI: 10.1002/14651858.CD003930.pub3
- Skogheim, G., Hanssen, T. (2015). Midwives' experiences of labour care in midwifery units. A qualitative interview study in a Norwegian setting.

- Sexual & Reproductive Healthcare*, 6, 230–235. **DOI:** 10.1016/j.srhc.2015.05.001.
- Stone, N. (2012). Making physiological birth possible: Birth at a free-standing birth centre in Berlin. *Midwifery*, 28, 568–575. **DOI:** 10.1016/j.midw.2012.04.005.
- The Royal College of Midwives (2009). *Standards for Birth Centres in England: a standards document*. UK: Royal College of Midwives.
- The Royal College of Midwives (2012). *Birth Environment*. Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour. United Kingdom: RCM.
- The Royal College of Midwives, The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists & National Childbirth Trust (2007). Making normal birth a reality - Consensus statement from the Maternity Care Working Party our shared views about the need to recognise, facilitate and audit normal birth. United Kingdom: NCT/RCM/RCOG. Acedido em: 29/10/2015. Disponível em: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/NormalBirthConsensusStatement.pdf>.
- Thorgen, A., Crang-Svalenius, E. (2009). Birth Centres in the East Midlands: Views and Experiences of midwives. *BRITISH JOURNAL OF MIDWIFERY*, 17(3), 144-151. **DOI:** 10.12968/bjom.2009.17.3.40076.
- World Health Organization (1996). *Care in Normal Birth: a practical guide*. WHO Library: Geneva.
- World Health Organization (2000). *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth*. WHO Library: Geneva. S.135.
- World Health Organization. The case for Midwifery (par.4). Acedido em 20-4-2017. Disponível em http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/midwifery/case-for-midwifery/en/.
- Zwelling, E. (2008). The Emergence of High-Tech Birthing. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37 (1). 85–93

Apêndice I - Fluxograma da seleção dos artigos para a revisão da literatura

CINAHL Plus
with full text

Descritores Indexados

(Midwives OR Nurse Midwives OR Midwifery) AND ("Midwife Attitudes+ OR Attitude of Health Personnel+) AND (Alternative Birth Centers)

Descritores em Linguagem natural

(Midwives OR Health providers OR Obstetric nurses) AND (views OR perceptions OR perspectives OR opinions OR experiences) AND (Birth* Cent* OR Midwi*-led unit*)

MedLine Plus with
full text

Descritores Indexados

(Nurse Midwives OR Midwifery) AND (Attitude of health personal+) AND (Birthing Centers)

Descritores em Linguagem natural

(Midwives OR Health providers OR Obstetric nurses) AND (views OR perceptions OR perspectives OR opinions OR experiences) AND (Birth* Cent* OR Midwi*-led unit*)

b-on

Expressão de pesquisa (Inglês)

("Midwives" OR "Health Care Providers") AND ("views" OR "perceptions" OR "perspectives" OR "opinions" OR "experiences") AND ("Birth Cent*" OR "Midwi*-led unit?")

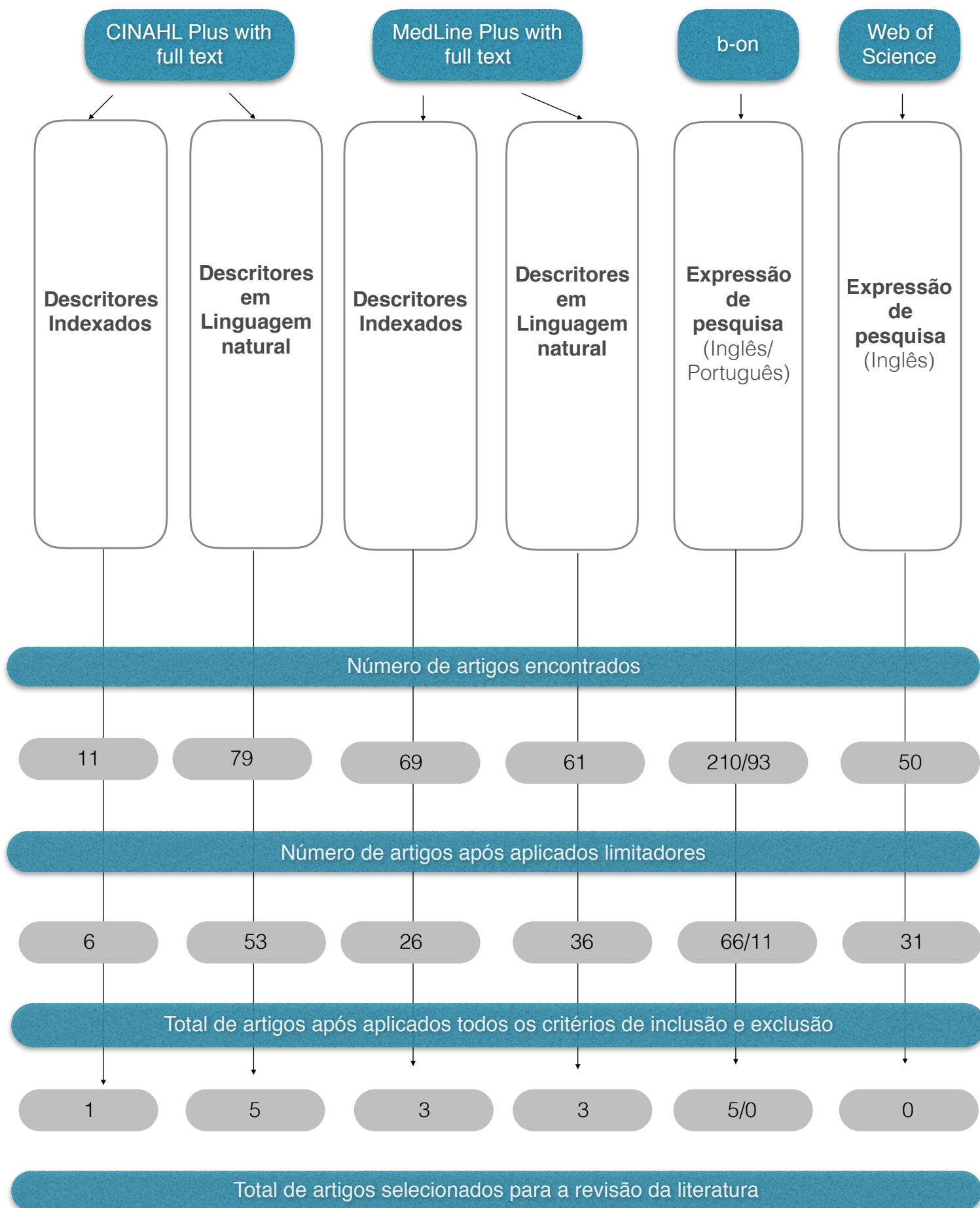
Expressão de pesquisa (Português)

"casa de parto" OR "centro de nascimento" OR "centro de assistência parto" OR "centro de enfermagem assistência perinatal"

Web of
Science

Expressão de pesquisa (Inglês)

("Midwives" OR "Health Care Providers") AND ("views" OR "perceptions" OR "perspectives" OR "opinions" OR "experiences") AND ("Birth Cent*" OR "Midwi*-led unit?")



Apêndice II - Resumo das principais características dos estudos
selecionados para a revisão da literatura

Resumo das principais características dos estudos selecionados para a RL

Título e referência bibliográfica	Ano	Local	Objetivo do estudo
<p>Women and healthcare providers' perceptions of a midwife-led unit in a Swiss university hospital: a qualitative study.</p> <p>Maillefer, F., Labrusse, C., Cardia-Vonèche, L., Hohlfeld, P., Stoll, B. (2015). Women and healthcare providers' perceptions of a midwife-led unit in a Swiss university hospital: a qualitative study. <i>BMC Pregnancy and Childbirth</i>, 15, 56. DOI: 10.1186/s12884-015-0477-4.</p>	2015	Suíça	Explorar as percepções das mulheres e dos prestadores de cuidados no que diz respeito à criação de uma ULE/P num hospital universitário Suíço.
<p>Birth centres in the East Midlands: views and experiences of midwives.</p> <p>Thorgen, A., Crang-Svalenius, E. (2009). Birth Centres in the East Midlands: Views and Experiences of midwives. <i>BRITISH JOURNAL OF MIDWIFERY</i>, 17(3), 144-151. DOI: 10.12968/bjom.2009.17.3.40076.</p>	2009	Inglaterra	Investigar as perspetivas das parteiras sobre o seu trabalho em ULE/P (participantes de unidades <i>alongside</i> e <i>freestanding</i>).
<p>Creating a culture of 'safe normality': Developing a new inner city alongside midwifery unit (AMU).</p> <p>Miah, Adams (2015). Creating a culture of 'safe normality': Developing a new inner city alongside midwifery unit. <i>British Journal of Midwifery</i>, 23(7), 498-508. DOI: 10.12968/bjom.2015.23.7.498.</p>	2015	Inglaterra	Estudar os pontos de vista e as expectativas das parteiras sobre a nova ULE/P (<i>alongside</i>).
<p>Facilitators and barriers of independent midwives decisions during labour and birth.</p> <p>Everly, M. (2011). Facilitators and Barriers of Independent Decisions by Midwives During Labor and Birth. <i>Journal of Midwifery & Women's Health</i>, 57(1), 49-54. DOI: 10.1111/j.1542-2011.2011.00088.x.</p>	2011	Estados Unidos da América	Estudar quais os fatores que afetam as decisões das parteiras (e portanto a gestão dos cuidados) nos hospitais e <i>freestanding ULE/P</i> , segundo as suas opiniões .
<p>Midwives' experiences of labour care in midwifery units. A qualitative interview study in a Norwegian setting.</p> <p>Skogheim, G., Hanssen, T. (2015). Midwives' experiences of labour care in midwifery units. A qualitative interview study in a Norwegian setting. <i>Sexual & Reproductive Healthcare</i>, 6, 230-235. DOI: 10.1016/j.srhc.2015.05.001.</p>	2015	Noruega	Explorar e descrever as experiências das parteiras quando começaram a trabalhar numa ULE/P (tanto <i>alongside</i> como <i>freestanding</i>).
<p>An ethnographic organisational study of alongside midwifery units (AMU): a follow-on study from the Birthplace in England program.</p> <p>McCourt, Rayment, Rance, Sandall (2014). An ethnographic organisational study of alongside midwifery units: a follow-on study from the Birthplace in England programme. <i>Health Services and Delivery Research</i>, 2(7), 43-56. DOI: 10.3310/hsdr02070.</p>	2014	Inglaterra	Explorar as experiências dos profissionais de saúde que trabalham em ULE/P e os seus pontos de vista sobre o papel e a função das ULE/P .
<p>Making physiological birth possible: Birth at a free-standing birth centre in Berlin.</p> <p>Stone, N. (2012). Making physiological birth possible: Birth at a free-standing birth centre in Berlin. <i>Midwifery</i>, 28, 568-575. DOI: 10.1016/j.midw.2012.04.005.</p>	2012	Alemanha	Analisar e descrever a abordagem das Parteiras à prática de cuidados numa UPE/P

Anexo I - Relatório de Estágio no Hospital Sofia Feldman - Brasil



**6º Curso de Mestrado em
Enfermagem de Saúde
Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

**Uma experiência no Hospital Sofia
Feldman, Brasil**

Érica Lopes Ruivo

**Lisboa
Julho 2016**



6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

Uma experiência no Hospital Sofia Feldman, Brasil

Érica Lopes Ruivo

Nº 6002

Docente Orientador: Alexandra Tereso

Lisboa

Julho 2016

AGRADECIMENTOS

A todos os profissionais do Hospital Sofia Feldman, que desde o primeiro momento me acolheram e comigo partilharam o seu saber e a sua arte de atender nascimentos com ciência e carinho, tão plenamente conjugados.

A todas as mulheres e suas famílias, pelo privilégio de assistir a momentos puros de amor.

À Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e às Senhoras Professoras que apoiaram este estágio, pelo apoio logístico, académico e financeiro.

A todos deixo expressa a minha enorme gratidão!

LISTA DE SIGLAS

CPN - Centro de Parto Normal

EEESMO - Enfermeira/o (as/os) Especialista (as) em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EO - Enfermeira/o (as/os) Obstetra (as)

HSF - Hospital Sofia Feldman

IA - Índice de Apgar

NTIC - Núcleo de Terapias Integrativas e Complementares

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

RL - Revisão da Literatura

SIHSF - Site Institucional do Hospital Sofia Feldman

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO.....	5
1. O HOSPITAL SOFIA FELDMAN - CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....	7
2. CUIDADOS PRESTADOS NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA.....	9
3. A EXPERIÊNCIA EM NÚMEROS.....	15
4. IDENTIFICAÇÃO DAS ESPECIFICIDADES DAS INTERVENÇÕES DOS EO NO CONTEXTO ESPECÍFICO DE UMA UNIDADE LIDERADAS POR EO....	16
5. MAPEAMENTO DE PROXIMIDADES E DISTANCIAMENTOS ENTRE A EVIDÊNCIA CIENTÍFICA IDENTIFICADA E A REALIDADE DE UMA UNIDADE LIDERADA POR EO.....	17
6. FATORES FAVORECEDORES E LIMITAÇÕES AO PERCURSO DE APRENDIZAGEM.....	19
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21

0. INTRODUÇÃO

A realização do nosso estágio no Hospital Sofia Feldman (HSF) - Maternidade, Centro de Parto Normal, Casa da Gestante e outros setores de atendimento à mulher e recém-nascido de risco habitual, em Belo Horizonte, Brasil, aconteceu no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, do curso 6º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no período de 1 de junho a 30 de junho de 2016, com a carga horária: 36 horas/semana distribuídas por turnos de 12 horas, de dia ou noite.

Este estágio foi enquadrado no desenvolvimento do nosso projeto com o tema *Unidades lideradas por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia - Conceitos, perspectivas e realidades* e tinha como finalidade o desenvolvimento de competências para a prestação cuidados à mulher/família durante o trabalho de parto, no contexto de uma unidade liderada por Enfermeiros Obstetras (EO)¹.

Foram definidos os seguintes objetivos:

- Promover a saúde da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, otimizando a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina;
- Diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher/feto/recém-nascido/família;
- Identificar especificidades das intervenções dos EO no contexto específico de uma unidade liderada por EO;
- Mapear proximidades e distanciamentos entre a evidência científica identificada e a realidade de uma unidade liderada por EO.

¹ Designação que corresponde em Portugal aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO)/Parteiras, segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2015).

De acordo com os objetivos propostos, após apresentação e discussão dos mesmos com a orientadora do estágio no Brasil e face às especificidades do contexto, foi negociado que as atividades a desenvolver iriam passar pela prestação de cuidados especializados de enfermagem obstétrica em diversos locais do hospital.

Nos capítulos que se seguem apresentaremos de forma sucinta as atividades desenvolvidas que permitiram dar resposta aos objetivos propostos, a experiência em números, os fatores facilitadores e limitações ao percurso aprendizagem, bem como uma contextualização prévia do local de estágio.

Foram introduzidos alguns termos de português do Brasil uma vez que este relatório tem incluídas algumas considerações solicitadas pela EO orientadora do HSF.

1. O HOSPITAL SOFIA FELDEMAN - CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Apesar do nosso interesse recair sobretudo na Casa de Parto - Centro de Parto Normal (CPN), unidade liderada por EO, foco do nosso projeto acadêmico, a filosofia defendida e praticada a nível global no HSF apresenta muitas das características da Filosofia dos Cuidados Prestados por Parteiras, a base do Modelo de Cuidados Prestados por Parteiras (Internacional Confederation of Midwives, 2014). Estas características passam sobretudo pela valorização do parto normal, entendido como um evento social, cultural, espiritual, psicológico e físico, pela promoção dos direitos humanos no nascimento e empoderamento das mulheres pela consciencialização desses mesmos direitos, e pelo reconhecimento do papel da Parteira/EO na equipa multi e interdisciplinar (Internacional Confederation of Midwives, 2014; Site Institucional do Hospital Sofia Feldman (SIHSF), 2016). De referir também que os EO do HSF prestam cuidados nas diferentes unidades do hospital facilitando a visão holística preconizado pelo Modelo de Cuidados Prestados Parteiras.

Para além disso, o hospital tem outros setores inovadores, como a Casa da Gestante Zilda Arns, onde permanecem grávidas que necessitam de um acompanhamento e avaliação clínica mais próximos e regulares mas não necessariamente de ficar em regime de internamento. Esta iniciativa, por duas vezes premiada pela Organização Panamericana de Saúde /Ministério da Saúde / Organização Mundial da Saúde, por reconhecido valor na redução da mortalidade materna (SIHSF, 2016), pelo excelente equilíbrio de custo-benefício.

Destacamos igualmente o Núcleo de Terapias Integrativas e Complementares (NTIC), que tem o objetivo favorecer a humanização do nascimento através da qualificação da vivência do trabalho de parto, assim como “cuidar de quem cuida”, disponibilizando também aos seus colaboradores os recursos terapêuticos do Núcleo, como o escalda-pés, a massagem, a auriculoterapia, a musicoterapia, entre outros (SIHSF, 2016).

O HSF defende a visão de que o atendimento à mulher e à criança deve ser de excelência, universal, transparente, humanizado e por isso com foco na

satisfação dos seus usuários e nos indicadores de saúde deste grupo, inserido no sistema público de saúde (o Sistema Único de Saúde) com uma gestão por colegiado, com participação ativa da comunidade e descentralização político-administrativa (SIHSF, 2016).

A integração da evidência científica e a melhoria das práticas clínicas é uma preocupação constante e sistematizada pela Linha de Ensino e Pesquisa., com vista à melhoria contínua da qualidade. Este departamento dinamiza, apoia, colabora na formação e capacitação dos recursos humanos, com possibilidade de residência médica, de enfermagem obstétrica e outras profissões, promovendo pesquisas no âmbito da instituição e abrigando ainda o Comité de Ética em Pesquisa do HSF (SIHSF, 2016).

São realizadas reuniões frequentes para discussão de casos clínicos e análise da evidência científica, entre a equipa multidisciplinar. Participámos numa destas reuniões sob o tema *Evolução da abordagem clínica à Diabetes na Gravidez*.

Os indicadores assistenciais, gerenciais, económico-financeiros são públicos e estão disponíveis para consulta no SIHSF, confirmando a política de transparência e participação cidadã defendida pelo hospital, assim como a qualidade dos cuidados prestados.

É por isso um hospital de reconhecido mérito no Brasil e no mundo, premiado em diversas áreas e iniciativas por inúmeras instituições - Hospital Amigo da Criança (Ministério da Saúde/ UNICEF, 1995), Prémio Cidadania (1998), Troféu Amiga do Parto (ONG Amigas do Parto, 2005) Hospital Amigo da Mulher (Câmara dos Deputados, 2015), entre outros (SIHSF, 2016).

São assistidos em média cerca de 900 partos por mês.

2. CUIDADOS PRESTADOS NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Os cuidados por nós prestados e atividades em que participámos foram enquadrados nas rotinas e protocolos do hospital nos diversos serviços, nomeadamente no Pronto Atendimento, na Indução Pré-Parto, no Centro de Parto Normal Helena Greco² (Sala de Parto), no CPN Dr. David Capristano da Costa Filho, na Casa da Gestante Zilda Ains, no Alojamento Conjunto e no NTIC. Cuidados com vista à promoção da saúde da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, otimizando a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina, e o diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher/feto/recém-nascido/família.

PRONTO ATENDIMENTO

No Pronto Atendimento a triagem é realizada pelos Enfermeiros de cuidados gerais ou Técnicos de Enfermagem e a avaliação pelos EO. Quando os EO consideram que a situação ultrapassa o âmbito das suas competências os médicos obstetras são chamados para avaliação conjunta.

No dia em que estivemos no Pronto Atendimento realizámos avaliação inicial às mulheres que se apresentavam com suspeita de estar em trabalho de parto para diagnóstico do mesmo, com realização das leituras do cartão de pré-natal, anamnese breve e exame clínico geral, além do exame obstétrico, para avaliação do risco obstétrico-neonatal (Manobras de Leopold, altura do fundo do útero, auscultação da frequência cardíaca-fetal, padrão de contratilidade uterina pela técnica de palpação abdominal, toque vaginal). Realizámos também exame ao espécule em mulheres sem dinâmica uterina com suspeita de rotura prematura de membranas, perda de secreções ou sangue pelos genitais. Admitimos e acolhemos mulheres que se encontravam em fase ativa do trabalho de parto, encaminhando-as para a Indução Pre-Parto. Realizámos educação para a saúde em mulheres que se encontravam em fase latente do

² O Centro de Parto Normal Helena Greco é usualmente apelidado de Sala de Parto pelos profissionais do HSF, termo que utilizaremos para o designar ao longo do presente relatório para não ser confundido com o CPN Dr. David Capristano da Costa filho, Casa de Partos, e facilitar a leitura.

trabalho de parto sobre sinais de trabalho de parto ativo ou medidas favorecedoras da evolução do trabalho de parto, com encaminhamento para casa ou reavaliação nas duas horas seguintes, conforme a situação. Participámos na discussão dos casos clínicos que ultrapassavam as nossas competências com o médico obstetra de referência, entre outras atividades.

INDUÇÃO PRÉ-PARTO

A Indução Pré-Parto é um local onde permanecem as mulheres que irão realizar indução do parto ou parturientes ainda que em fase latente se preveja que irão evoluir para fase ativa do primeiro estágio do trabalho de parto, com ou sem patologia associada. Neste contexto, estão duas EO que induzem o parto, segundo protocolo do hospital e monitorizam a sua evolução, ou do trabalho de parto espontâneo. Em caso de patologia associada ou concomitante com a gravidez ou trabalho de parto a gestão dos cuidados é partilhada com os médicos obstetras.

No dia em que estivemos neste serviço prestamos cuidados a uma parturiente que deu entrada em fase latente do trabalho de parto, tendo evoluído para fase ativa. Foi realizada monitorização do bem-estar materno-fetal, através da monitorização intermitente por Doppler, da avaliação da evolução do trabalho de parto, através da monitorização da dinâmica uterina e sinais e sintomas maternos. Para além disso foi também efetuada educação para a saúde sobre temas importantes nesta fase e individualizados àquela mulher/família como: medidas facilitadoras de evolução do trabalho de parto e de alívio da dor/desconforto, sinais e sintomas de evolução do trabalho de parto, importância da ingestão de alimentos/hídrica, entre outros. Foi igualmente promovida a participação do companheiro/acompanhante e a decisão livre e esclarecida das diferentes opções de gestão da dor. Como a parturiente não apresentava um plano de parto foi encorajada a pronunciar-se, procurando dar-se resposta às suas expectativas e desejos.

SALA DE PARTO

A Sala de Parto é uma unidade intra-hospitalar, que oferece assistência multi e interdisciplinar, atenção humanizada, alojamento conjunto e promoção da presença do acompanhante em tempo integral, incentivo ao parto normal e métodos não-farmacológicos e farmacológicos de alívio da dor. Conta com 5 quartos com chuveiro, 3 deles também com banheira para parto na água, bola e banco de parto.

Foi na Sala de Parto que realizámos a maioria das horas de estágio e tivemos oportunidade de desenvolver competências de EEESMO, através da prestação de cuidados especializados com vista à promoção da saúde da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, otimizando a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina, e o diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher/feto/recém-nascido/família.

Gostaríamos de destacar alguns aspetos marcantes para o nosso percurso de aprendizagem como:

- Monitorização do bem estar materno-fetal durante o primeiro e segundo estágio do trabalho de parto, através da monitorização intermitente com Doppler/Sonar e dinâmica uterina através da palpação do fundo do útero para contabilização da duração e frequência das contrações uterinas;
- O domínio dos métodos não farmacológicos no alívio da dor e posições verticalizadas: promoção da liberdade de movimentos, da utilização da água durante o primeiro e segundo estágio do trabalho de parto (chuveiros e imersão), da utilização da bola e banco de parto, da presença do acompanhante (1 durante o trabalho de parto e 2 para o nascimento), da presença contínua de doulas contratadas pelo hospital ou pela parturiente;
- É possível realizar analgesia epidural/peridural ou analgesia inalatória (óxido nítrico) a pedido da parturiente;
- A parturiente pode optar por um conjunto de alimentos e bebidas de dieta ligeira;
- Cuidados liderados por EO, rácio de 1/1, em parturientes de baixo risco/risco habitual;

- Cuidados partilhados pela equipa multidisciplinar para mulheres com risco associado;
- Decisão conjunta com a parturiente relativamente a todos os procedimentos que lhe são propostos, com explicação prévia de riscos e benefícios;
- Reanimações de recém-nascidos são sempre efetuadas perto da mãe (cada quarto tem uma mesa de reanimação e todo o material necessário).
- Após o parto, a puérpera toma uma refeição, levanta-se para tomar duche e, 2 horas após o parto, vai pelo seu próprio pé para o Alojamento Conjunto, na companhia de um EO, do recém-nascido e do seu acompanhante.
- Observação de parto pélvico efetuado por médica obstetra, no banco de parto, tendo o recém-nascido sido submetido a medidas de adaptação à vida extra-uterina por pediatra, ao lado da sua mãe e com manutenção do clameamento fisiológico do cordão;

CPN DR. DAVID CAPRISTANO DA COSTA FILHO

O CPN existe desde 2001 e é a primeira Casa de Partos de Minas Gerais, com dois quartos para 1º, 2º e 3º estágio do trabalho de parto, com capacidade para 150 partos por mês. Existem mais dois quartos para o puerpério, em alojamento conjunto, até à alta (24h pós-parto). Aqui a mulher tem acesso a um ambiente seguro, acolhedor e confortável, assistência humanizada, livre escolha na posição durante o trabalho parto (1º e 2º estágio), ao parto na água e outros métodos não farmacológicos de alívio da dor. Pode ter os acompanhantes que desejar permanentemente e durante todo o tempo do trabalho de parto.

Nesta unidade destaco os seguintes aspetos relevantes para o desenvolvimento das nossas competências de EEESMO:

- Possibilidade de observar os EO prestando cuidados na plenitude das suas competências e os efeitos que essa liberdade/responsabilidade têm nas mulheres/família e nos próprios EO.
- Observar o ambiente acolhedor e de proximidade do CPN e a forma como se reflete nas experiências das mulheres/família e EO.

- Observar e participar na disponibilização dos métodos não farmacológicos de alívio da dor.
- Experienciar uma maior liberdade que, por sua vez, possibilita uma maior criatividade e individualização na prestação dos cuidados.

CASA DA GESTANTE ZILDA AINS

A Casa, com capacidade para receber 23 gestantes, abriga mulheres com necessidade de cuidados de maior complexidade mas que ainda assim não necessitam de internamento hospitalar. Oferece desde outubro de 2007, condições de permanência, alimentação e acompanhamento pela equipe de referência, composta por enfermeira obstetra, médico obstetra e técnico de enfermagem, podendo ainda contar com o apoio de psicologia, terapia ocupacional, serviço social, educação física e nutricionista, que integram a equipe multiprofissional.

Tivemos oportunidade de permanecer nesta unidade durante 1 dia, conhecer a dinâmica da Casa e prestar cuidados a grávidas com patologia associada ou concomitante com a gravidez.

ALOJAMENTO CONJUNTO

No Alojamento Conjunto puérpera, recém-nascido e um acompanhante permanecem habitualmente durante 24h após o parto, onde recebem cuidados de enfermagem obstétrica no sentido da promoção saúde e da identificação precoce de complicações para a saúde da mulher e recém-nascido. Com 60 leitos, são atendidas em média 800 duplas mãe/bebé. É realizada diariamente uma reunião de acompanhantes, mediada pelos EO, para troca de experiências sobre a vivência de acompanhante, processo do nascimento, exercício da cidadania e discussão sobre as normas hospitalares.

Na manhã que passámos no Alojamento conjunto acompanhámos a EO que examinou sensivelmente metade dos recém-nascidos internados. Tivemos oportunidade de realizar primeiros exames e exames completos para a alta do recém-nascido.

NTIC

Em outubro de 2006, o Núcleo passou a atuar com uma proposta sistematizada de assistência, contando com a atuação de três terapeutas em permanência. Com local próprio, anexo ao HSF, o ambiente é relaxado, com jardim, onde se ouve a água a correr na fonte e música suave. Às parturientes que desejam e que têm condições para se deslocar da maternidade ou do CPN, é oferecido escalda pés, homeopatia, aromoterapia, musicoterapia, método Rességuier e massagem, favorecendo a humanização do parto e nascimento, através de qualificação da vivência do trabalho de parto, relaxamento e alívio à dor.

Para quem está na Casa do Bebê e na Casa da Gestante Zilda Arns, o Núcleo oferece escalda pés e reflexologia, Qi gong medicinal, método Rességuier, musicoterapia e aromoterapia com objetivo de oferecer uma assistência de qualidade à mulher/mãe, melhorando a permanência durante o seu internamento e do recém-nascido, promovendo o relaxamento, a diminuição da ansiedade e de dores no pós parto, o que favorece o contato, o vínculo e o cuidado com seu filho. Além disso, são realizadas rodas de conversa com objetivo de resgatar a cultura popular sobre chás e ervas medicinais.

O atendimento ao recém-nascido e à mãe, na Unidade Neonatal, é feito pelo NTIC após solicitação da equipe multiprofissional da assistência. Dentre as atividades do Núcleo para os recém-nascidos destacam-se a homeopatia, a auriculoterapia, a shantala, os florais e o método Rességuier.

Os recursos terapêuticos do Núcleo são disponibilizados também para os trabalhadores, reafirmando a necessidade de “cuidar de quem cuida”. No acolhimento feito pelo Núcleo, os trabalhadores contam com auriculoterapia, escalda pés e reflexologia, homeopatia, florais, iridologia, yoga e método Rességuier.

Tivemos oportunidade, tal como os restantes trabalhadores de receber escalda-pés, massagem de reflexologia e auriculoterapia, 1 vez por semana.

Durante uma tarde, e após uma breve introdução à reflexologia, preparámos escalda-pés e oferecemos massagem de reflexologia.

3. A EXPERIÊNCIA EM NÚMEROS

A Diretiva 2005/36/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, relativa ao reconhecimento de qualificações profissionais, com transcrição para a lei portuguesa em 2009 (Lei nº9/2009), define os critérios necessários à formação das parteiras/EEESMO. Tendo em conta esses critérios e durante o estágio no HSF:

- efetuamos 24 exames pré-natais;
- assistimos 12 partos eutócicos:
 - 9 primigestas e 3 multíparas;
 - 2 mulheres < 18 anos e 10 mulheres com idades entre os 19 e os 35 anos;
 - 2 partos pré-termo;
 - Todos com monitorização intermitente com Doppler/Sonar;
 - 5 com analgesia epidural/ peridural, 2 com analgesia inalatória (óxido nítrico); 5 apenas com métodos não farmacológicos alívio da dor;
 - Todos com observação externa;
 - 5 com observação interna (toque) e 7 sem observação interna;
 - 0 (zero) episiotomias
 - 4 períneos íntegros, 4 lacerações de grau I e 4 lacerações de grau II suturadas sob anestesia local;
 - 8 recém-nascidos com Índice de Apgar (IA) 9/10, 1 com IA 8/9, 2 com IA 7/9 e 1 com IA 5/7;
 - 8 aconteceram no banco de partos (1 deles no chuveiro), 3 com a mãe semi-sentada na cama e 1 na água (banheira);
- Assistimos 12 dequidaduras naturais e aparentemente completas;
- Prestámos cuidados a 31 recém-nascidos saudáveis;
- Acompanhámos 1 mulher cujo trabalho de parto evoluiu para um parto distócico (ventosa), por suspeita de sofrimento fetal;
- Observámos 1 parto pélvico no banco de parto;
- Prestámos cuidados a 4 grávidas em situação de risco;
- Cumprimos 15 turnos/plantões de 12 horas, que correspondem a 180 horas;

4. IDENTIFICAÇÃO DAS ESPECIFICIDADES DAS INTERVENÇÕES DOS EO NO CONTEXTO ESPECÍFICO DE UMA UNIDADE LIDERADAS POR EO

De uma forma resumida, as especificidades das intervenções dos EO no contexto do Centro de Parto Normal identificadas foram:

- Os EO são totalmente autónomos na admissão, transferência e alta das parturientes.
- No CPN são oferecidos às mulheres em primeiro lugar os métodos não farmacológicos de alívio da dor. Suporte contínuo, posições verticalizadas e liberdade de movimentos, água, massagens, bola, são utilizados frequentemente pelos EO, de acordo com as preferências da mulher e o que melhor se adequa à sua situação clínica.
- A relação estabelecida com as mulheres e seus acompanhantes, que podem ser vários escolhidos pela parturiente, é de grande proximidade. As refeições são tomadas em conjunto numa mesa grande que fica situada na área comum da casa de partos. A sala de enfermagem é aberta e fica situada também na área comum o que possibilita acesso fácil tanto das parturientes como dos acompanhantes.
- Todos os procedimentos ou medidas sugeridas são explicados pelos EO de forma clara, referidos benefícios/riscos, sendo aferido o consentimento da mulher e dadas alternativas quando necessário.
- Os EO fazem a prescrição de condutas clínicas e de medicação.
- As puérperas, recém-nascidos permanecem durante 24 horas no CPN, tendo alta ao fim deste período se se verificarem todos os critérios para a alta. A puérpera e o recém-nascido têm direito a 1 acompanhante durante este período. De notar que o exame ao recém-nascido, realizado pelos EO, é um exame completo e muito minucioso. Além da observação física, é realizado o teste do coraçãozinho, o teste do olhinho, o teste da orelhinha (este último efetuado por técnicos e não pelos EO), de forma a despistar patologias cardíacas, alterações da visão e audição, respetivamente.

5. MAPEAMENTO DE PROXIMIDADES E DISTANCIAMENTOS ENTRE A EVIDÊNCIA CIENTÍFICA IDENTIFICADA E A REALIDADE DE UMA UNIDADE LIDERADA POR EO

Este mapeamento de proximidades e distanciamentos entre a evidência científica e a realidade da unidade liderada por EO, resultou da reflexão entre aquilo que pudemos observar e das conversas informais que tivemos com os EO do CPN durante o nosso estágio no HSF e a evidência científica que havíamos identificado previamente através da revisão da literatura (RL), presente no nosso projeto *Unidades lideradas por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia - Conceitos, perspectivas e realidades*.

De forma sucinta identificámos as seguintes proximidades e distanciamentos entre a evidência científica e a realidade da unidade liderada por EO:

- A valorização que os EO do CPN manifestam quanto ao exercício pleno da sua autonomia, satisfação e liberdade por poderem prestar cuidados de acordo com a filosofia com que se indentificam (filosofia dos cuidados liderados por parteiras) foi um aspetos semelhante ao encontrado na RL;
- A ideia de que o contexto pode influenciar os cuidados prestados foi veiculada pelos EO do CPN, que também prestam cuidados na Sala de Partos. Tal como identificado na RL um dos fatores será a diferença de atmosfera ou *feeling*;
- O enorme sentido de responsabilidade que os EO referem sentir no CPN e alguma apreensão advinda das consequências de possíveis erros de conduta, vai de certo modo ao encontro do sentimento identificado na RL referido pelas parteiras de receio de escrutínio externo;
- Os EO convidados para integrar a equipa do CPN manifestam um sentimento de orgulho pelo reconhecimento das suas competências e vêm

uma oportunidade de legitimar essas mesmas competências. Perspetivas semelhantes às encontradas na RL;

- Os EO do CPN, apesar da enorme autonomia que possuem, referiram em diversas situações que um sistema menos hierárquico seria mais benéfico, pois nem sempre se sentem apoiadas pelos obstétricas, perspetiva que vai igualmente ao encontro da evidência identificada na RL;
- O trabalho noturno e excessivo foi mencionado pelos EO, tal como identificado na RL;
- Apesar de os EO mencionarem o fato de algumas mulheres serem mais fáceis de incluir no processo de decisão pois já vinham mais preparadas para tal, não mencionaram que este processo seria mais difícil na Sala de Partos do que no CPN. Talvez pela filosofia da Sala de Partos ser muito semelhante à do CPN, em especial no que diz respeito aos cuidados centrados na mulher.

Alguns aspetos identificados na RL não foram mencionados pelos EO com quem nos cruzamos como:

- Sentimento de insegurança, dúvidas quanto à legalidade, barreiras à implementação, relacionados com a prática de cuidados não intervencionistas e centrados na mulher (que já se esperava não encontrar neste contexto, pois esta é a prática habitual deste hospital);
- O impacto negativo na vida dos EO pelo motivo de estar de chamada também não foi referida pois não se aplica a este contexto;

6. FATORES FAVORECEDORES E LIMITAÇÕES AO PERCURSO DE APRENDIZAGEM

No percurso de aprendizagem neste campo de estágio foram identificados alguns fatores facilitados e algumas limitações que passo a citar de forma resumida:

- Fomos excepcionalmente bem acolhidas pela orientadora de estágio do HSF, que desde o primeiro momento tudo fez para que a experiência fosse o mais rica possível mas também possibilitasse a persecução dos nossos objetivos. De uma forma informal e muito próxima, acompanhou todo o nosso desenrolar do estágio e procurou dar resposta às nossas necessidades formativas e interesses académicos;
- Fomos igualmente bem recebidas e integradas por todos os EO que nos orientaram. Em cada turno/plantão tivemos diferentes profissionais o que por um lado foi interessante pois possibilitou ter contato com diferentes abordagens aos cuidados prestados, por outro, foi um desafio pois exigia uma maior capacidade de adaptabilidade;
- A diferença da realidade do HFS e aquela que encontramos em Portugal é significativa e foi um desafio muito grande de adaptação na primeira parte do estágio. Protocolos, procedimentos, linguagem utilizada, siglas e até nomes e doses de medicação, são apenas alguns exemplos. Talvez a integração teria sido facilitada se tivéssemos tido acesso antecipado a protocolos do hospital;

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio no HSF foi sem dúvida uma experiência extremamente enriquecedora que nos permitiu alcançar os objetivos a que nos propusemos mas também ir um pouco mais além.

A integração que tivemos e a prestação de cuidados especializados na área da enfermagem obstétrica foi uma oportunidade para o desenvolvimento de competências para a prestação cuidados à mulher/família durante o trabalho de parto.

A passagem por várias unidades do hospital permitiu-nos uma visão global da filosofia defendida e a prestação de cuidados globais individualizados à mulher/família neste contexto social/cultural em concreto.

A observação e a prestação de cuidados no CPN foi uma oportunidade valiosa de passar dos conceitos da literatura à realidade. Poder observar as especificidades dos EO neste contexto. Refletir sobre as diferenças entre a evidência identificada na RL, experienciar a liberdade, a autonomia, a criatividade, a responsabilidade já descritas. Mas, para além disso, consolidar a crença na capacidade das mulheres parirem os seus filhos de uma forma natural e no efeito poderoso desse acontecimento, para as mesmas e suas famílias, mas também para nós, os profissionais. E reforçar a confiança no nosso papel enquanto facilitadores deste processo.

Não é só no CPN que se reúnem as condições para que tal aconteça. Em todas as unidades do hospital por onde passamos os cuidados são centrados na mulher/família e são focados no parto natural e na evidência científica. A parceria de cuidados entre as mulheres/famílias e profissionais está sempre presente.

O HSF e apesar das suas dificuldades a nível de recursos humanos, financeiros, materiais e outros, é uma maternidade com provas dadas e reconhecidas relativamente a resultados em saúde materno-infantil e um exemplo a observar de perto no que diz respeito ao Modelo de Cuidados Prestados por Parteiras.

Um lugar excecional para o desenvolvimento de competências de EEESMO.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

International Confederation of Midwives (2014). *Philosophy and Model of Midwifery Care*. Core Document. International Confederation of Midwives: The Netherlands.

Lei ° 9/2009 de 4 março (2009). Transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva nº 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho, de 7 de Setembro, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais, e a Directiva nº 2006/100/CE, do Conselho, de 20 de Novembro, que adapta determinadas directivas no domínio da livre circulação de pessoas, em virtude da adesão da Bulgária e da Roménia. Diário da República I Série, Nº 44 (4-03-2009) 1515.

OE (2015). Ata 9ª Assembleia Geral Extraordinária de 7/5/2015. Lisboa: OE.

OE (2015). *Livro de Bolso*. Lisboa: OE.

Regulamento nº127/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Diário da República, 2ª série, nº35 (18-2-2011) 8662-8666.

SIHSF: <http://www.sofiafeldman.org.br/> . Acedido em agosto 2016.

Anexo I - Philosophy and Model of Midwifery care



Core Document

Philosophy and Model of Midwifery Care

Background

Throughout the world midwifery has been practiced for centuries, and has features and characteristics that have evolved differently according to local or regional cultural and social traditions and knowledge. This document provides a universal, description of the philosophy and model of midwifery care, without compromising local or regional characteristics of midwifery care.

According to the ICM definition of the midwifeⁱ: *“A midwife is a person who has successfully completed a midwifery education programme that is duly recognized in the country where it is located and that is based on the ICM Essential Competencies for Basic Midwifery Practice and the framework of the ICM Global Standards for Midwifery Education; who has acquired the requisite qualifications to be registered and/or legally licensed to practice midwifery and use the title ‘midwife’; and who demonstrates competency in the practice of midwifery.”*

Researchⁱⁱ indicates that midwife-led continuity models of care are associated with benefits for mothers and newborns, such as reduction in the use of epidural anaesthesia, fewer episiotomies and instrumental births, and increased spontaneous vaginal births and increased breastfeeding. Women were less likely to experience preterm birth or lose the baby before 24 weeks gestation. The chances of being cared for in labour and birth by a midwife she had got to know increased.

ICM recognises midwives as the professionals of choice for childbearing women in all areas of the world. This universal standard is based on initial and ongoing midwifery education that is competency based. ICM promotes the midwifery model of care based on respect for human dignity, compassion and the promotion of human rights for all persons.

ICM believes that midwives offer care based on a philosophy, which influences the model of midwifery care.

ICM Philosophy of Midwifery Care

- Pregnancy and childbearing are usually normal physiological processes.
- Pregnancy and childbearing is a profound experience, which carries significant meaning to the woman, her family, and the community.
- Midwives are the most appropriate care providers to attend childbearing women-
- Midwifery care promotes, protects and supports women's human, reproductive and sexual health and rights, and respects ethnic and cultural diversity. It is based on the ethical principles of justice, equity, and respect for human dignity.
- Midwifery care is holistic and continuous in nature, grounded in an understanding of the social, emotional, cultural, spiritual, psychological and physical experiences of women.
- Midwifery care is emancipatory as it protects and enhances the health and social status of women, and builds women's self confidence in their ability to cope with childbirth.
- Midwifery care takes place in partnership with women, recognising the right to self-determination, and is respectful, personalised, continuous and non-authoritarian.
- Ethical and competent midwifery care is informed and guided by formal and continuous education, scientific research and application of evidence.

ICM Model of Midwifery Care

- Midwives promote and protect women's and newborns' health and rights.
- Midwives respect and have confidence in women and in their capabilities in childbirth.
- Midwives promote and advocate for non-intervention in normal childbirth.
- Midwives provide women with appropriate information and advice in a way that promotes participation and enhances informed decision-making.
- Midwives offer respectful, anticipatory and flexible care, which encompasses the needs of the woman, her newborn, family and community, and begins with primary attention to the nature of the relationship between the woman seeking midwifery care and the midwife.
- Midwives empower women to assume responsibility for their health and for the health of their families.
- Midwives practice in collaboration and consultation with other health professionals to serve the needs of the woman, her newborn, family and community.

- Midwives maintain their competence and ensure their practice is evidence-based.
- Midwives use technology appropriately and effect referral in a timely manner when problems arise.
- Midwives are individually and collectively responsible for the development of midwifery care, educating the new generation of midwives and colleagues in the concept of lifelong learning

Recommendations

Member Associations are recommended to:

- Use this document as a guide in the education of midwives, the organisation of midwifery care, and evaluation of midwifery care.
- Use this document to guide the relationship between the midwife and the woman and her family, and the midwife and other health professionals.
- Share this statement with other health professions and governments during the development of regulations and legislation of midwifery practice.

ICM Documents

ICM. 2011. Core Document. Definition of the midwife

ICM. 2011. Core Document. Bill of rights for Women and Midwives (Amended 2014)

ICM. 2011. Position Statement. Midwifery led care, the first choice for all women

ICM. 2011. Position Statement. Midwives, women and human rights

ICM. 2014. Position Statement. The midwife is the first choice health professional for childbearing women

ICM. 2014. Position Statement. Partnership between women and midwives

ICM. 2014. Position Statement. Professional accountability of the midwife

ICM. 2014. Core Document. International Code of Ethics for Midwives

Other Relevant Documents

Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. 2008. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 4. Art. No.: CD004667.

Maassen MS, Hendrix MJC, Van Vugt HC, Veersema S, Smits F, Nijhuis JG. 2008. Operative deliveries in low-risk pregnancies in The Netherlands: primary versus secondary care. Birth. 35:4 December 2008, 277-82

Thompson J.B. 2004. A human rights framework for midwifery care. *Journal of Midwifery & Women's Health*. Vol. 9 No. 3. Art. No. 1526-9523/04.

*As defined by the ICM International Definition of the Midwife. 2011

** The term childbirth encompasses pregnancy, birth and postnatal period

Adopted at Brisbane Council meeting, 2005

Reviewed and adopted at Prague Council meeting, 2014

Due for next review 2020

ⁱ ICM.2011. Core Document. International Definition of the Midwife.

ⁱⁱ Sandall J., Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013, Issue 8. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub3.

Anexo II - Framework for person-centred nursing

International Practice Development Journal

Online journal of FoNS in association with the IPDC (ISSN 2046-9292)



Person-centredness – the ‘state’ of the art

Brendan McCormack*, Marit Borg, Shaun Cardiff, Jan Dewing, Gaby Jacobs, Nadine Janes, Bengt Karlsson, Tanya McCance, Tone Elin Mekki, Davina Porock, Famke van Lieshout and Val Wilson

*Corresponding author: Queen Margaret University, Edinburgh, Scotland

Email: BMcCormack@QMU.ac.uk

Submitted for publication: 28th April 2015

Accepted for publication: 27th May 2015

Abstract

Background: Person-centred practice is now firmly embedded in the nursing and healthcare discourse. While there is a growing body of development and research activity in the field, there is increased recognition of the need for further advances in the body of existing knowledge. This is reflected in the different approaches to person-centredness being adopted by healthcare systems internationally.

Aims: To provide an overview of person-centredness and ways in which person-centred practice has been adopted in healthcare systems internationally.

Methods: A summary review of the evidence underpinning the concepts and theory of person-centredness, incorporating an overview of national strategic frameworks that influence the development of person-centred practice in different countries.

Findings: While there have been considerable advances in the development of person-centredness, there is a lot of work to be done in the adoption of more consistent approaches to its development and evaluation. In particular, a shared discourse and measurement tools are needed. Internationally, person-centredness is gaining momentum and many countries have strategic frameworks in place to direct its development and implementation.

Conclusions: Significant developments in the theory and practice of person-centredness in nursing and healthcare have taken place. However, as evidenced by the accounts of in-country developments, internationally there is a need to develop more strategic multiprofessional approaches to the development/implementation and evaluation of person-centred practices.

Implications for practice:

- National developments in person-centred healthcare need to reflect the diversity of strategic approaches internationally
- While a common language of person-centredness is emerging, there is a need for clarity over how this is operationalised in everyday practice situations

Keywords: Person-centredness, strategy, international, practice development

Introduction

This opening paper is divided into two sections. In section one we present an overview of the concept of person-centredness and a critique of the way this concept has now become a global phenomenon. We explore how it has been translated into national policy and strategy in a number of countries where we work. Because this is the opening paper of this special issue of the *International Practice Development Journal*, we describe different components of person-centredness and the person-centred

nursing framework of McCormack and McCance (2010). That work continues to be regularly cited in the nursing and healthcare literature as a framework that guides the development and practice of person-centredness in a variety of healthcare contexts – and in many of the projects reported in this special issue. While the framework was originally developed from a nursing perspective, it has been applied in a variety of multidisciplinary contexts. In the second part of the paper, we go on to describe how person-centredness is strategically positioned in the countries in which the authors of this paper work. This overview of person-centredness in these countries will serve as an illustration of advances in this area of work and will also strategically position the papers that follow in this special issue.

Person-centredness – an overview of the concept

The use of the terms ‘person-centredness’ and ‘person-centred care’ has become increasingly common in health and social care services at a global level. A cynic might argue that the term is being used as a ‘catch-all’ for anything to do with high-quality health and social care but we would contend that it is representative of something more significant than this, namely, a movement that has an explicit focus on humanising health services and ensuring the patient/client is at the centre of care delivery. In this context, the body of evidence supporting the processes and outcomes associated with person-centredness in health and social care is constantly growing and becoming increasingly diverse.

Published evidence so far has clarified the meaning of the terms personhood and person-centredness (Dewing, 2004; Slater, 2006; Edvardsson et al., 2010), offered insights into the cultural and contextual challenges associated with implementing a person-centred approach (McCormack et al., 2008; McCormack and McCance, 2010; McMillan et al., 2010; McCance et al., 2013; Yalden et al., 2013), and monitored the development of frameworks such as the authentic consciousness framework (McCormack, 2003), the senses framework (Nolan et al., 2004) and the person-centred nursing framework (McCormack and McCance, 2006; 2010) alongside the application and testing of these frameworks in practice (Ryan et al., 2008; McCormack et al., 2010a; 2010b; McCance et al., 2010; McCormack et al., 2011). In addition, much more emphasis has been placed on outcome evaluation and the development of tools to evaluate the relationships between person-centred processes and outcomes (Slater et al., 2009; McCormack et al., 2010b; Smith et al., 2010; Slater et al., 2015). There is however, still much to be achieved in furthering outcome evaluation and this need was highlighted by the Health Foundation (de Silva, 2014) when the existence of 176 validated tools for evaluating person-centred care were reported, few of which were direct measures and all of which were proxies for person-centredness. Alongside these advances in the research and scholarly literature, there has been a proliferation of policy- and strategy-focused publications supporting the need for and development of person-centred cultures in healthcare. While these will be referred to in the second part of this paper, the Health Foundation has been instrumental in influencing many of these strategies and for ensuring that, at least at the level of health systems, people are at the centre of care:

‘We want a more person-centred healthcare system, where people are supported to make informed decisions about and to successfully manage their own health and care, and choose when to invite others to act on their behalf... We want healthcare services to understand and deliver care responsive to people’s individual abilities, preferences, lifestyles and goals’ (Health Foundation, 2015a).

The foundation has produced a range of resources to enable an increased understanding of person-centred care and to support its development in organisations (Health Foundation, 2015b). However, its work on person-centredness continues to focus mainly on ‘care’ and less on how organisations create person-centred cultures.

The World Health Organization has also promoted a person-centred approach, with a global goal of humanising healthcare by ensuring that it is rooted in universal principles of human rights and dignity, non-discrimination, participation and empowerment, access and equity, and a partnership of equals:

'The overall vision for people-centred health care is one in which individuals, families and communities are served by and are able to participate in trusted health systems that respond to their needs in humane and holistic ways...' (World Health Organization, 2007, p 7).

Despite these notable advancements in the area of person-centredness, health and social care cultures still need to evolve further so that they truly place people at the centre of their care in order to achieve effective and meaningful outcomes. Richards et al. (2015, p 3) suggest that it is 'time to get real about delivering person-centred care' and argue that this requires a sea change in the mindset of health professionals and patients/clients alike. We would argue that a significant part of this change is the need to shift the discourse away from person-centred 'care' per se and to promote a unified discourse of person-centred 'cultures'. Person-centredness can only happen if there is a person-centred culture in place in care settings that enables staff to experience person-centredness and work in a person-centred way. With a focus on person-centred culture, we adopt the following definition of person-centredness:

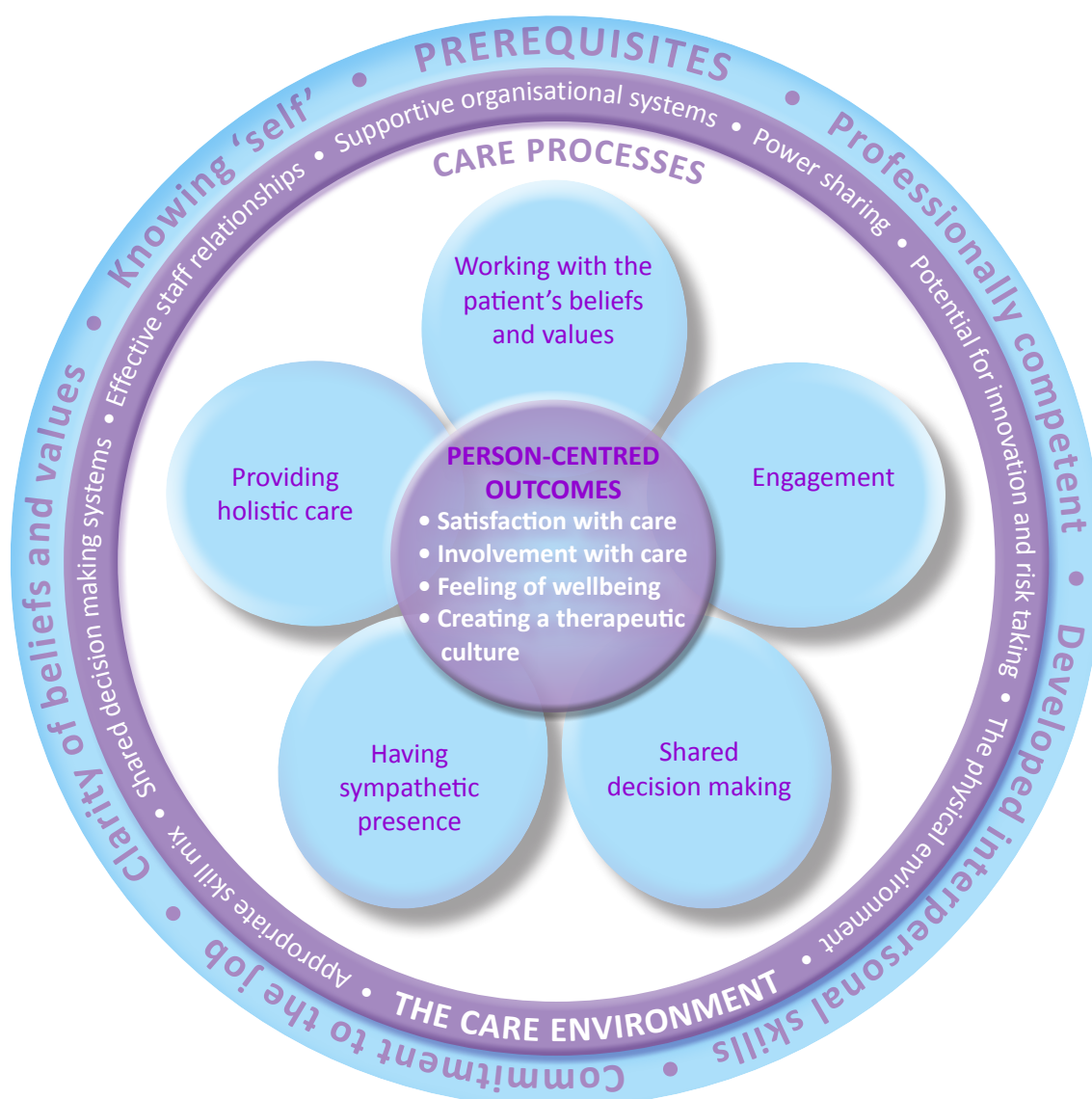
'...An approach to practice established through the formation and fostering of healthful relationships between all care providers, service users and others significant to them in their lives. It is underpinned by values of respect for persons, individual right to self-determination, mutual respect and understanding. It is enabled by cultures of empowerment that foster continuous approaches to practice development' (McCormack et al., 2013, p 193).

Establishing a person-centred culture requires a sustained commitment to practice developments, service improvements and ways of working that embrace continuous feedback, reflection and engagement methods that enable all voices to be heard. In the body of work published in this special issue of the *International Practice Development Journal*, the use of frameworks to inform such work is important, and the one most often cited is that of McCormack and McCance (2010). The framework has been published extensively, but in summary the framework comprises four constructs:

- **Prerequisites** focus on the attributes of the nurses and include: being professionally competent; having developed interpersonal skills; being committed to the job; being able to demonstrate clarity of beliefs and values; and knowing self
- **The care environment** focuses on the context in which care is delivered and includes: appropriate skill mix; systems that facilitate shared decision making; effective staff relationships; organisational systems that are supportive; the sharing of power; the potential for innovation and risk taking; and the physical environment
- **Person-centred processes** focus on delivering care through a range of activities and include: working with patients' beliefs and values; engagement; having sympathetic presence; sharing decision making; and providing holistic care
- **Outcomes**, the central component of the framework, are the results of effective person-centred nursing and include: satisfaction with care; involvement in care; feeling of wellbeing; and creating a therapeutic environment

The relationship between the constructs of the framework is indicated by the pictorial representation (Figure 1). To reach the centre of the framework, the prerequisites must first be considered, then the care environment, which is necessary in providing effective care through the care processes. This ordering ultimately leads to the achievement of the outcomes. It is also acknowledged that there are relationships within and across constructs, some of which are currently being tested through further research.

Figure 1: Person-centred nursing framework (McCormack and McCance, 2010)



While the person-centred nursing framework of McCormack and McCance (2010) has influenced practice, education, evaluation and policy development, it is clear that person-centredness and person-centred care is a global movement. As Richards et al. (2015, p 3) argue, 'the challenge remains one of overcoming "system" inertia and paternalism'.

International perspectives

In the second part of this paper, we look at how the different countries in which the authors of this paper work are responding to the challenges of developing person-centred health and social care systems. We do not suggest this is a comprehensive representation of the global development of person-centred healthcare, as it is biased by the work locations of the authors. It should be noted when reading these perspectives that some descriptions of 'whole countries' are provided (such as the US) while for others, such as Australia and the UK, details of activity in particular geographical regions are outlined. This reflects the different stages of person-centred healthcare in these countries. In the UK, for example, progress has varied across the different nations. Australia's states have approached their person-centred healthcare strategies differently, and in the US the most significant developments have been made in residential long-term care for older people.

Australia

Reviewing person-centred practice, person-centred care and person-centred initiatives in Australia, there seems to be an abundance of strategies and activity at the micro (for example, practice initiatives), mezzo (support resources) and macro (national standards) levels throughout most states of the country. The terms person-centred and patient-centred seem to be used interchangeably; this can confuse those trying to understand what person-centredness means in terms of policy documents, models of care, educational support and evaluating practice. In this brief overview, it is not possible to outline the breadth, depth or outcomes of the work so the aim is to provide a snapshot of how person-centred practice is taking shape in Australia.

There is evidence in most states that a person-centred approach informs services across a variety of sectors. For example, Perth Home Care Services in Western Australia (Perth Home Care Services, n.d.) and Quality Healthcare in New South Wales (Quality Healthcare, n.d.) take a person-centred approach to providing homecare services for a range of clients such as those with disability or requiring dementia care. In Tasmania a person-centred approach is used in delivering consistent palliative and end-of-life care (Tasmanian Government Department of Health and Human Services, 2014). In New South Wales, the Essentials of Care initiative is a statewide nursing and midwifery programme aimed at improving person-centred practice using a practice development approach (New South Wales Government Health, 2015). In Victoria, the Department of Health has led the way in developing a guide and toolkit for implementing and evaluating person-centred approaches to caring for older people (Victoria State Government Department of Health and Human Services, 2012). The guide includes the philosophy of person-centred practice, and how to improve it through assessment, objectives, action planning and evaluation, as well as providing links to useful resources. These strategies have informed work in other states, such as Impact NSW in New South Wales (Impact NSW, 2012), a programme designing support for older people and those with disability. In addition, the seven signposts of person-centred care is an excellent resource developed to help patients and families through a series of cues/questions (what you see, what you hear and what you feel) when choosing a nursing home that meets their needs (BUPA Australia, n.d.).

In South Australia, a strategic statewide approach has been undertaken with the release of *Caring with Kindness: The Nursing and Midwifery Professional Practice Framework* in September 2014 (South Australia Health, 2014). The framework aligns with the National Safety and Quality Health Service Standards (NSQHSS) (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2012), especially standard 2, which highlights patients being placed at the centre of their own care and working in partnership with healthcare professionals. The framework recognises the practice development work already occurring in the state (South Australia Health, 2014), including the work being undertaken at the Women and Children's Hospital in Adelaide as part of the International PINS study (Wilson and McCance, 2015), reported in another paper in this special issue.

While many programmes or projects have been implemented in Australia, there is limited evidence about their outcomes. Queensland (Queensland Government Metro South Health, 2014-15) is measuring person-centred care through outcomes at the organisational level (for example, using validated tools), through services (workforce tools) and individuals' real-time feedback (stories). Victoria is benchmarking person-centred care throughout the state via a statewide survey (Victoria State Government Department of Health and Human Services, 2014a; 2014b). These initiatives are similar to the work that is occurring in PINS. The challenge for those working in Australia as we grow and expand person-centred practice is the pressing need to produce outcomes from this work that hold meaning for patients, their families, staff, healthcare and educational organisations, policymakers and funders.

Canada

The past decade has seen the emergence of the concept of person-centred care in healthcare research, practice guidelines and policy documents in Canada. There is however no unified national vision for, or definition of, person-centred healthcare. Evolution of the concept has proceeded in a somewhat fragmented way, with limited coordination across sectors or specialties. Most often, person-centred care is positioned somewhat synonymously with the more familiar concepts of client-centred/focused or patient-centred/focused care. That is, the central emphasis is on partnering with patients and ensuring their individual values, preferences and needs guide the clinical decision making process. While this is a welcome focus, there has been limited consideration of how best to structure the care environment and equip the healthcare provider with the requisite skills to be person-centred in their practice. It is this that appears to differentiate the discourse on person-centredness from patient-centred/focused care in countries such as the UK where the concept has benefited from more theoretical and empirical attention (see for example McCormack and McCance, 2010).

Dementia care has benefited the most from focused efforts to promote person-centred care, having the seminal work of Tom Kitwood (1997) on personhood as a springboard. The Alzheimer Society of Canada has initiated a 'culture change initiative' aimed at improving the experience of long-term care for people living with dementia and their families, and working with others to provide useful strategies, tools and tips that can help put the principles of person-centred care into practice (Alzheimer Society Canada, 2014). The work includes federally and provincially funded collaborative projects focused on education and training related to the principles and practices of person-centred care within home care and residential long-term care settings. Following dementia care, the cancer care specialty has a national profile of working systematically towards enhancing person-centred practices. Starting in 2007 the Canadian Partnership Against Cancer initiated a large-scale project to embed a person-centred perspective throughout the 'cancer journey' from diagnosis, treatment and care to survivorship, and palliative and end-of-life care (Canadian Partnership Against Cancer, n.d.). Although not specialty specific, the Registered Nurses Association of Ontario is in the process of updating its client-centred care best practice guideline to a person- and family-centred care guideline (Registered Nursing Association of Ontario, n.d.).

Within academia, person-centredness appeared in a report from a national nursing education summit in 2013 co-led by the Canadian Association of Schools of Nursing and the Canadian Nurses Association. The report outlines a shared vision for nursing education, including programmes that:

'Enable learners to develop emotional intelligence and self-awareness, an understanding of cultural, social and organizational contexts, an orientation toward safe, person-centred care, and the ability to create partnerships with patients and families to achieve optimal outcomes' (Canadian Association of Schools of Nursing, 2014).

Finally, there are individual researchers and research collaboratives across universities in Canada exploring person-centredness within practice and academic settings (see for example Dr Jasna Schwind at Ryerson University in Ontario, who explores humanness of care within person-centred education and practice). The work shows promise for advancing the status of person-centredness in the Canadian healthcare context.

England

There is a movement to mainstream ideas associated with person-centred care in England. This can be seen at micro, mezzo and macro levels in the healthcare system. For example, at the macro level, the National Institute for Health and Care Excellence (2011) begins its guideline 136 on service user experience in adult mental health by stating that best practice is to promote person-centred care. In this context, the guideline frames person-centredness as being about service users' needs, preferences and strengths. As referred to earlier in this paper, the Health Foundation has attempted to define and influence measurement of person-centred care in England (Health Foundation, 2015b). This organisation cites the 'personalisation agenda' (Department of Health, 2010) in health and social

care as a driving force. It seems to construct person-centredness as being founded on compassion, dignity and respect, shared decision making and collective patient and public involvement (The Health Foundation, 2015b). Person-centred support, as of April 2015, is certainly a core of the new national care certificate (Health Education England, 2015) .

At the mezzo level, it is the focus on developing an effective culture, albeit still being centred on organisational culture rather than workplace cultures, that is coming through in policy, local strategy and also via social media. Specifically, staff wellbeing and engagement between managers and staff seem to be most influential foci at this time (Maben et al., 2012). By way of example, the NHS annual staff survey has several indicators designed to measure staff engagement, an attribute of culture necessary for effective care. Although results are improving slowly, in 2013 in response to the survey statement 'the care of patients/service users is my organisation's top priority,' two-thirds (66%) of staff agreed, meaning that about a third of staff are saying it is not the top priority. This is certainly a significant proportion. Further, only 57.7% would recommend their organisation as a place to work, indicating that person-centred cultures remain from being an established reality.

At the micro level, person-centredness is mostly seen in care settings for older people, including dementia care, learning disabilities and to some extent mental health services, both in acute and long-term care. Although there are exceptions and pockets of person-centred practice appearing in other fields of practice, person-centredness here tends to be presented fairly generically by teams of practitioners as core to shared values and beliefs, or as part of a team philosophy. It is less likely that these teams will have a specific model or framework to direct person-centred practice as risk assessment and predetermined electronic documentation systems take over. It is less likely still that person-centred practice is being evaluated other than through the traditional measures of metrics and satisfaction. There appears to be a gap between the ideals of policy and practice as experienced by staff and service users. In addition, the intentions of education/learning strategies and programmes of delivery appear to be misaligned. Therefore, unsurprisingly, the diffusion of ideas about person-centredness is slow and inconsistent across different fields of practice, services and organisations.

Netherlands

Person-centred care as a concept has only recently emerged on Dutch national policy agendas, even though academics at the University for Humanistic Studies referred to it decades ago in their critique of the market model for healthcare, increasing bureaucratisation and narratives of patient-centred and demand-driven care, instead calling for 'present care' or 'generous care' (University of Humanistic Studies, n.d.). The broader attention being paid to person-centred care in the Netherlands coincides with concerns about an increasingly ageing population, calls for lean management and budget cuts. The focus on quality of care relationships, so prominent in a person-centred approach to care, differentiates it from the individualistic and instrumental stance taken by other approaches.

Vilans, a Dutch centre of expertise for long-term care in Utrecht, has produced a white paper on person-centred care in the past two years (Vilans, 2013). The centre's goal is to help professionals improve care for people living with long-term conditions, vulnerable older people and those with disabilities, by providing practical guidelines and toolkits for person-centred care as well as offering advice and workshops/training programmes for staff. The centre focuses on stimulating self-management, care plan development and models of shared decision making. The Radboud University Medical Centre's model for personalised care (Radboud University Medical Centre, n.d.) also makes the person central by customising care so that it fits the specific biological (including genetic), psychological and social make-up of the person. Although Vilans has recently identified the influence of organisational and financial contexts on person-centred care, in general, models claiming to foster person-centred care often fail to address specifically the role that context, leadership and workplace learning have in creating conditions conducive to person-centred care.

At least two Dutch universities of applied sciences are working with McCormack and McCance's (2010) person-centred nursing framework: Windesheim Knowledge Centre for Innovation in the Care for Older People (Windesheim University of Applied Sciences, 2015) and Fontys Knowledge Centre for Person-Centred and Evidence Based Practice in Healthcare and Welfare (Fontys University of Applied Sciences, n.d.). The Fontys centre now has a four-year research programme exploring three areas of person-centred practice in line with current developments in care and welfare provision:

- The use of technology to enhance person-centred practice
- Person-centred community care
- Professional and workplace development for person-centred practice

The central premise is that person-centredness is a relational concept that can enhance the wellbeing of service users and providers in supportive contexts, and such contexts can be created when service users and professionals are included in their development. As well as a core concept for knowledge centre research and development projects, person-centredness is a core value in the nursing faculty's vision statement and it receives explicit attention in all bachelor and master programmes. In this way, Fontys hopes to both promote and role model the value of person-centred practices for care and educational professional practice and organisations in the Netherlands.

Northern Ireland

In Northern Ireland there has been a significant and sustained effort to develop person-centred practice spanning more than a decade. A key driver in progressing this agenda has been the focus on practice development, described as an approach to sustainable change that has as its core purpose the development of effective person-centred cultures. A priority has been the growth of practice development knowledge and expertise through the implementation of a strategic framework to achieve a regional, cohesive approach to the development and evaluation of practice development learning programmes that reflect strategic priorities and organisational needs. This strategic direction builds on the ongoing contribution of leaders within Northern Ireland to the practice development evidence base (McCormack et al., 2008; McCance et al., 2013).

Within nursing and midwifery, there has been an explicit focus on person-centredness at strategic level (Department of Health and Social Service and Public Safety, 2010). The theoretical development of a model for person-centred practice, which emerged from original research undertaken in Northern Ireland (McCormack and McCance, 2006; 2010), has influenced the discourse on developing person-centredness in practice. This has been further enhanced through a strategic shift in the country to an increased focus on improving the patient experience. One key initiative that has shaped this agenda was the development of a set of standards aimed at improving the patient and client experience and a framework for measurement (Department of Health and Social Service and Public Safety, 2008). The focus on improving the patient experience is now recognised within the national commissioning directions as a priority for care delivery. This has provided increased impetus to embed a positive care experience at organisation and practice levels that reflects principles of person-centredness.

Northern Ireland has also been at the heart of developments in person-centred practice research and development on an international stage, led by researchers in Ulster University. The Person-Centred Practice Research Centre was developed as part of the Institute for Nursing and Health Research. A research programme has been established within the centre and currently focuses on three workstrands (University of Ulster, n.d.):

1. Person-centred practice development
2. Evidencing person-centredness in practice
3. Caring for older people and their families

Significant work has also been undertaken within curriculum development, with the delivery of the preregistration nursing programme within Ulster University underpinned by the person-centred practice framework (McCormack and McCance, 2010), alongside a research strand evaluating its impact.

While leadership for the development of this agenda in Northern Ireland has come from within nursing and midwifery, there is increasing engagement across other professional and organisational boundaries, which is a key focus for future developments.

Norway

The development of person-centredness in Norway lies in the series of challenges that health and welfare services are faced with, particularly the changes in population demographics and the numbers of people with long-term health needs. Recommendations in recent decades in several national policy documents in the mental health and substance abuse fields, as well as in health promotion, rehabilitation and innovation of healthcare services, have supported person-centredness. As in other Western countries, the Norwegian health and social care services have been influenced by the global economic downturn in the sense of being remodeled and redesigned, and having an overall focus on primary care and public health. These reforms have been driven by the Norwegian government's coordination reform strategy (Norwegian Ministry of Health and Care Services, 2009). There are two central tracks for developing person-centredness and person-centred care in Norway: services for older people and services for persons with mental health and substance abuse problems. In care for older people, the context has primarily been nursing homes and secondly community services. In the nursing homes, nursing staff have increasingly integrated the principles and practices of person-centred care in collaboration with other professionals. There has also been a greater focus on person-centredness in the curriculum frameworks for nurses and other health professionals. Over the past decade, research in the area of person-centredness and older people has increased, with the MEDCED-study (Testad et al., 2015) at the Centre for Care Research at Bergen University College being an ongoing example.

Within mental health and substance abuse services, there has been a greater emphasis on person-centredness and person-centred care since the late 1990s. Human rights, recovery, empowerment and collaborative partnerships have been central areas of theoretical and practice development. The focus has been on user involvement, community support and tailored services and this has influenced practice development, the curriculum frameworks for health and social care professionals and the areas and contexts of research. In developing person-centredness and person-centred mental health and substance abuse care, three focal points have emerged:

1. The perspective and involvement of service users
2. Recovery orientation of services
3. A multiprofessional and interdisciplinary context

Finally, we can mention a new PhD programme in person-centred healthcare being provided by the Faculty of Health Sciences, Buskerud and Vestfold University College (Buskerud and Vestfold University College, 2015). The aim of the programme is to support graduates who can carry out high-level research, professional development and evaluation of person-centred healthcare service provision within the area of health sciences.

Scotland

Person-centredness and person-centred care are at the heart of government health and social care policy in Scotland. The healthcare quality strategy for NHS Scotland (The Scottish Government, 2010) set out a clear vision and strategy for the development of a health service that is world leading and built on principles of care and compassion:

'What will make Scotland a world leader will be the combined effect of millions of individual care encounters that are consistently person-centred, clinically effective and safe, for every person, all the time...' (Scottish Government, 2010, p 1).

This strategy set the direction for an ongoing programme of work that has focused on developing services that meet the needs of patients as persons and ensuring that care systems prioritise individual

need. The Person-centred Health and Care Collaborative has been a key platform of this activity, managed through the Government body Healthcare Improvement Scotland. This is a key part of a Scotland-wide programme of work aimed at improving health and care services so that they are focused on people, their families and carers. The collaborative aims to bring together people from every part of the health service in Scotland to:

- Raise the profile of person-centred approaches to care across Scotland, including staff health and wellbeing
- Develop and test a range of evidence-based interventions and approaches designed to improve person-centred care
- Focus on what can be done now to improve services
- Provide reliable opportunities to personalise support for every person all of the time
- Encourage sharing of ideas and approaches between people who use services and people who provide them
- Promote the use of approaches for obtaining feedback from people who use services
- Use feedback from people who use services to drive improvement
- Provide a framework to measure improvement (Healthcare Improvement Scotland, n.d.)

A variety of activities have been promoted by the collaborative including learning events, online communities for discussion and debate, conferences and 'innovation cafes' as well as the development of a number of tools for person-centred care, such as the 'Five Must Do With Me Areas' (Healthcare Improvement Scotland, n.d.). The collaborative has been a significant driving force behind many changes across the health system, including patient/client feedback systems, the development of quality standards, the education of all staff about person-centred approaches and of course the influencing of policy and everyday practices. While collaborative has been an important driving force behind the development of person-centred services in Scotland, other significant developments include the leadership in compassionate care programme led by Edinburgh Napier University in partnership with NHS Lothian (Leadership in compassionate care programme team, 2012), a significant research initiative in the field of compassion in nursing and care work. Overall, Scotland is a vibrant strategic environment for the ongoing development of and research into person-centredness. In 2015, Scotland moves towards a fully integrated health and social care system and while this change is in itself a person-centred one, it also creates a range of new opportunities for extending the significance and reach of person-centred programmes of work.

United States

Person-centred care first emerged in the US in the 1980s in response to widespread concerns about the quality of care in the nation's nursing homes. The Institute of Medicine was commissioned to write a report on nursing home regulations that introduced person-centred care as:

'Care that is respectful and responsive to individual preferences, needs and values, and ensures that patient values guide all clinical decisions' (Institute of Medicine, 1986, p 49).

From this, the Nursing Home Reform Act was included in the Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987, which established new, resident-focused standards for nursing homes and made explicit the statutory requirement that care be 'person-centred'. Several models of person-centred care have been developed in the US, supported and coordinated by the Pioneer Network, a cooperative network of state- or region-based coalitions of service providers. The Eden Alternative, Well-Spring, and the Green House models for communal long-term care facilities are probably the best-known and the ones that have conducted some evaluative research on outcomes for residents and staff. These models have focused a great deal on the importance of environment and in particular the arrangement of care in small groups – for example, households within traditional nursing homes and purpose-built homes for small numbers of older adults.

Mostly, the development of person-centred care has been with older adults in long-term care but without dementia. This seems to be because of the focus on personal choice and preference and the difficulty of translating those values into the care of those living with dementia. However, with the mandating of person-centred care in all Medicare- and Medicaid-funded nursing homes (Pioneer Network, 2009; 2012), and the passing of the National Alzheimer's Plan Act in 2010 (Department of Health and Human Services, 2015) it is hoped that a more consistent change will be possible. But with only limited resources allocated to care and advocacy in the act, there is greater emphasis developing on person-centred care for all older adults including those living with dementia. Unfortunately, there is a general belief among some providers that person-centred care is not good for the financial 'bottom line' and this persistent belief is seriously slowing down the adoption of person-centred practices. A number of research centres, such as the University of Buffalo Institute for Person Centred Care, have been established recently, which it is hoped will produce the much-needed evidence to support more consistent and widespread adoption.

More broadly, person-centred care has also been a central tenet of care for people living with developmental disabilities. Other pockets of person-centredness can be found in private mental health services using Rogers' person-centred therapeutic approaches (Rogers, 1961). The term itself has gained some popularity and is being used with increasing frequency in health-related businesses. The degree to which these businesses embrace the deeper meaning of person-centredness is debatable, but there seems to be some adoption of the term instead of patient-centred care in a number of places. However, it is in the care of older people that person-centredness is most prominent, not least because of continued policy developments and the persistent advocacy of champions, both individuals and organisations.

Concluding remarks

In this paper we have provided a brief overview of the concept of person-centredness and how this has evolved over time. It is clear that a lot of work in terms of concepts and theory has taken place and there is a growing body of research focusing on implementation processes and the development of outcome measures. The in-country accounts in this paper also highlight the diversity of strategic approaches being adopted across the world and the key influences on these developments. The papers that follow in this special issue of *International Practice Development Journal* further illustrate the development and growth in this field of practice development and research, as well as the influences of the International Community of Practice for Person-centred Practice (ICOP) on these developments.

References

- Alzheimer Society Canada (2014) *Culture Change towards Person-Centred Care*. Retrieved from: tinyurl.com/alzheimercanada-dementiaPCC (Last accessed 25th May 2015).
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2012) *National Safety and Quality Health Service Standards*. Retrieved from: tinyurl.com/NSQHS-standards (Last accessed 25th May 2015).
- BUPA Australia (n.d.) *Choosing a Care Home - Seven Signposts of Person-centred Care*. Retrieved from: tinyurl.com/choose-carehome (Last accessed 25th May 2015).
- Buskerud and Vestfold University College (2015) *PhD in Person-centred Healthcare*. Retrieved from: tinyurl.com/buskerud-PCC (Last accessed 25th May 2015).
- Canadian Association of Schools of Nursing (2014) *National Nursing Education Summit Summary Report*. Retrieved from: tinyurl.com/canada-nursingsummit (Last accessed 25th May 2015).
- Canadian Partnership Against Cancer (n.d.) Retrieved from: tinyurl.com/Canadacancer-PCperspective (Last accessed 25th May 2015).
- Department of Health (2010) *Personalisation through Person-centred Planning*. London: Department of Health.
- Department of Health and Human Services (2015) *National Plan to Address Alzheimer's Disease: 2015 Update*. Retrieved from: tinyurl.com/NAPA-alzheimers2015 (Last accessed 2nd February 2015).
- Department of Health and Social Service and Public Safety (2008) *Improving the Patient and Client Experience*. Belfast: DHSSPS.

- Department of Health and Social Service and Public Safety (2010) *Partnership for Care* 2010-2015. Belfast: DHSSPS.
- de Silva, D. (2014) *Helping Measure Person-Centred Care: A Review of Evidence about Commonly Used Approaches and Tools Used to Help Measure Person-Centred Care*. London: Health Foundation.
- Dewing, J. (2004) Concerns relating to the application of frameworks to promote person-centredness in nursing with older people. *International Journal of Older People Nursing*. Vol. 13. No. 3a. pp 39-44.
- Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D. and Nay, R. (2010) Promoting a continuation of self and normality: person-centred care as described by people with dementia, their family members and aged care staff. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 19. Nos. 17-18. pp 2611-2618.
- Fontys University of Applied Sciences (n.d.) *Lectoraat Persoonsgerichte en Evidence Based Praktijkvoering in Zorg en Welzijn*. Retrieved from: tinyurl.com/fontys-knowledgecentre (Last accessed 25th May 2015).
- Health Education England (2015) *Care Certificate*. Retrieved from: tinyurl.com/HEE-carecertificate (Last accessed 25th May 2015).
- Health Foundation (2015a) *Person-centred Care*. Retrieved from: tinyurl.com/healthfoundation-PCC (Last accessed 25th May 2015).
- Health Foundation (2015b) *Person-centred Care Resource Centre*. Retrieved from: personcentredcare.health.org.uk/ (Last accessed 25th May 2015).
- Healthcare Improvement Scotland (n.d.) *Person-centred Health and Care Collaborative*. Retrieved from: tinyurl.com/scotland-collaborative (Last accessed 25th May 2015).
- Impact NSW (2012) *Person Centred Practice: Guide to Implementing Person-centred Practice in Your Health Service*. Retrieved from: tinyurl.com/ImpactNSW-guide (Last accessed 25th May 2015).
- Institute of Medicine (1986) *Improving the Quality of Long-term Care*. Washington, DC: National Academy Press. Retrieved from: tinyurl.com/IOM-longtermcare (Last accessed 25th May 2015).
- Kitwood, T. (1997) *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. Milton Keynes, UK: Open University Press.
- Leadership in Compassionate Care Team (2012) *Leadership in Compassionate Care Programme. Final Report*. Edinburgh: Edinburgh Napier University and Lothian Health. Retrieved from: tinyurl.com/Napier-compcare (Last accessed 25th May 2015).
- Maben, J., Peccei, R., Adams, M., Glenn, R., Richardson, A., Murrells, T. and Morrow, E. (2012) *Exploring the Relationship between Patients' Experiences of Care and the Influence of Staff Motivation, Affect and Wellbeing*. London: National Institute for Health Research. Retrieved from: tinyurl.com/NIHR-exploring (Last accessed 25th May 2015).
- McCance, T., Gribben, B., McCormack, B. and Mitchell, E. (2010) *Improving the Patient Experience by Exploring Person-centred Care in Practice. Final Programme Report*. Belfast: Belfast Health and Social Care Trust.
- McCance, T., Gribben, B., McCormack, B. and Laird, E.A. (2013) Promoting person-centred practice within acute care: the impact of culture and context on a facilitated practice development programme. *International Practice Development Journal*. Vol. 3. No. 1. Retrieved from: fons.org/library/journal/volume3-issue1/article2 (Last accessed 25th May 2015).
- McCormack, B. (2003) A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*. Vol. 9. No. 3. pp 202-209.
- McCormack, B. and McCance, T. (2006) Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 56. No. 5. pp 472-479.
- McCormack, B., McCance, T., Slater, P., McCormick, J., McArdle, C. and Dewing, J. (2008) Person-centred outcomes and cultural change. Chp 10 in Manley, K., McCormack, B. and Wilson, V. (Eds.) (2008) *International Practice Development in Nursing and Healthcare*. Oxford: Blackwell. pp 189-214.
- McCormack, B. and McCance, T. (2010) *Person-centred Nursing: Theory and Practice*. Oxford: Wiley Blackwell.
- McCormack, B., Karlsson, B., Dewing, J. and Lerdal, A. (2010a) Exploring person-centredness: a qualitative meta-synthesis of four studies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Vol. 24. No. 3. pp 620-634.

- McCormack, B., Dewing, J., Breslin, E., Coyne-Nevin, A., Kennedy, K., Manning, M., Tobin, C. and Slater, P. (2010b) Developing person-centred practice: nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people. *International Journal of Older People Nursing*. Vol. 5. No. 2. pp 93-107.
- McCormack, B., Dewing, J. and McCance, T. (2011) Developing person-centred care: addressing contextual challenges through practice development. *Online Journal of Issues in Nursing*. Vol. 16. No. 2. Manuscript 3. Retrieved from: tinyurl.com/OJIN-vol16-no2-m3 (Last accessed 25th May 2015).
- McCormack, B., McCance, T. and Maben, J. (2013) Outcome evaluation in the development of person-centred practice. Chp 10 in McCormack, B., Manley, K. and Titchen, A. (Eds.) (2013) *Practice Development in Nursing*. (2nd edition). Oxford: Wiley-Blackwell. pp 190-211.
- McMillan, F., Kampers, D., Traynor, V. and Dewing, J. (2010) Person-centred caring as caring for country: an Indigenous Australian experience. *Dementia*. Vol. 9. No. 2. pp 1-5.
- National Institute for Health and Care Excellence (2011) *Clinical Guideline CG136: Service User Experience in Adult Mental Health: Improving the Experience of Care for People Using Adult NHS Mental Health Services*. Retrieved from: nice.org.uk/cg136 (Last accessed 25th May 2015).
- New South Wales Government Health (2015) *Essentials of Care*. Retrieved from: tinyurl.com/NSWhealth-essentials (Last accessed 25th May 2015).
- Nolan, M., Davies, S., Brown, J., Keady, J. and Nolan, J. (2004) Beyond 'person-centred' care: a new vision for gerontological nursing. *International Journal of Older People Nursing* [in association with the *Journal of Clinical Nursing*]. Vol. 13. No. 3a. pp 45-53.
- Norwegian Ministry of Health and Care Services (2009) *The Coordination Reform. Report No. 47 (2008–2009) to the Storting*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Perth Home Care Services (n.d.) *Living at Home with Dignity*. Retrieved from: tinyurl.com/PHCS-dignity (Last accessed 25th May 2015).
- Pioneer Network (2009) *Nursing Homes: Issuance of Revisions to Interpretive Guidance at Several Tags, as Part of Appendix PP, State Operations Manual (SOM), and Training Materials*. Retrieved from: tinyurl.com/pioneer-nursinghomes (Last accessed 25th May 2015).
- Pioneer Network (2012) *Request to Convey Information: Partnership to Improve Dementia Care in Nursing Homes*. Retrieved from: tinyurl.com/pioneer-dementiacare (Last accessed 25th May 2015).
- Quality Healthcare (n.d.) *Person-centred Planning*. Retrieved from: tinyurl.com/qualityhealthcare-PCP (Last accessed 25th May 2015).
- Queensland Government Metro South Health (2014-2015) *Person-centred Care*. Retrieved from: tinyurl.com/queensland-PCC (Last accessed 25th May 2015).
- Radboud University Medical Centre (n.d.) *About Us*. Retrieved from: tinyurl.com/radboud-aboutus (Last accessed 25th May 2015).
- Registered Nursing Association of Ontario (n.d.) *Nursing Best Practice Guidelines*. Retrieved from: rnao.ca/bpg (Last Accessed 25th May 2015).
- Richards, T., Coulter, A. and Wicks, P. (2015) Time to deliver patient-centred care. *BMJ*. Vol. 350. No. 3. Editorial. Retrieved from: tinyurl.com/BMJ-h530 (Last accessed 25th May 2015).
- Rogers, C. (1961) *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. London: Constable.
- Ryan, T., Nolan, M., Reid, D. and Enderby, P. (2008) Using the Senses Framework to achieve relationship centred dementia care services. *Dementia*. Vol. 7. No. 1. pp 71-93.
- Scottish Government (2010) *The Healthcare Quality Strategy for NHS Scotland*. Retrieved from: tinyurl.com/ScotGov-strategy (Last accessed 25th May 2015).
- Slater, L. (2006) Person-centredness: a concept analysis. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*. Vol. 23. No. 1. pp 135-144.
- Slater, P., McCormack, B. and Bunting, B. (2009) The development and pilot testing of an instrument to measure nurses working environment: the Nursing Context Index. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. Vol. 6. No. 3. pp 173-182.
- Slater, P., McCance, T. and McCormack, B. (2015) Exploring person-centred practice within acute hospital settings. *International Practice Development Journal*. In press.
- Smith, S., Dewar, B., Pullin, S. and Tocher, R. (2010) Relationship centred outcomes focused on compassionate care for older people within inpatient care settings. *International Journal of Older People Nursing*. Vol. 5. No. 2. pp 128-136.

- South Australia Health (2014) *Caring with Kindness: The Nursing and Midwifery Professional Practice Framework*. Retrieved from: tinyurl.com/SAHealth-framework (Last accessed 25th May 2015).
- Tasmanian Government Department of Health and Human Services (2014) *An Approach to Healthy Dying in Tasmania: A Policy Framework*. Retrieved from: tinyurl.com/tasmania-healthydying (Last accessed 25th May 2015).
- Testad, I., Mekki, T., Førland, O., Øye, C., Tveit, E., Jacobsen, F. and Kirkevold, Ø. (2015) Modeling and evaluating evidence-based continuing education program in nursing home dementia care (MEDCED)—training of care home staff to reduce use of restraint in care home residents with dementia. A cluster randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. Epub ahead of print.
- University of Humanistic Studies (n.d.) *Ethics of Care*. Retrieved from: tinyurl.com/UVH-ethicsofcare (Last accessed 25th May 2015).
- University of Ulster (n.d.) *Person-centred Practice*. Retrieved from: science.ulster.ac.uk/inhr/pcp (Last accessed 25th May 2015).
- Victoria State Government Department of Health and Human Services (2012) *Best Care for Older People – The Toolkit*. Retrieved from: health.vic.gov.au/older/toolkit/ (Last accessed 25th May 2015).
- Victoria State Government Department of Health and Human Services (2014a) *Tool and Resource Evaluation Template*. Retrieved from: tinyurl.com/VictoriaHealth-toolkit (Last accessed 25th May 2015).
- Victoria State Government Department of Health and Human Services (2014b) *Benchmarking Person-centred Care Statewide Survey*. Retrieved from: tinyurl.com/VictoriaHealth-survey (Last accessed 25th May 2015).
- Vilans (2013) *White Paper Persoonsgerichte Zorg*. Retrieved from: tinyurl.com/Vilans-whitepaper (Last accessed 25th May 2015).
- Wilson, V. and McCance, T. (2015) Measuring nursing practice using a person-centred approach: an international venture. *International Practice Development Journal*. In press.
- Windesheim University of Applied Sciences (2015) *Innovation of Care of Older Adults*. Retrieved from: tinyurl.com/Windesheim-oldercare (Last accessed 25th May 2015).
- World Health Organization (2007) *People-centred Health Care: A Policy Framework*. Retrieved from: tinyurl.com/WHO-PCCframework (Last accessed 25th May 2015).
- Yalden, J., McCormack, B., O'Connor, M. and Hardy, S. (2013) Transforming end-of-life care using practice development: an arts-informed approach in residential aged care. *International Practice Development Journal*. Vol. 3. No. 2. Retrieved from: fons.org/library/journal/volume3-issue2/article2 (Last accessed 25th May 2015).

Brendan McCormack (DPhil Oxon, PGCEA, BSc Hons, RMN, RGN, FRCN), Head of the Division of Nursing, Queen Margaret University, Edinburgh, Scotland; Professor II, Buskerud and Vestfold University College, Drammen, Norway; Extraordinary Professor, University of Pretoria, South Africa; Visiting Scholar, Dalhousie University, Halifax, Canada.

Marit Borg (DipCOT), Professor in Mental Health Care, Buskerud and Vestfold University College, Drammen, Norway.

Shaun Cardiff (PhD, M ScN, RGN), Senior Lecturer and Knowledge Centre Programme Lead for Professional Development in Person-Centred and Evidenced-Based Practice, Fontys University of Applied Sciences, Eindhoven, Netherlands.

Jan Dewing (PhD, MN, MA, BSc, RN, RNT, Dip Nurs Ed, Dip Nurs), Sue Pembrey Chair of Nursing, Queen Margaret University, Edinburgh, Scotland; Professor II, Bergen and Stord Haugesund University Colleges, Norway; Visiting Professor, University of Wollongong, NSW, Australia and Ulster University, Northern Ireland.

Gaby Jacobs (PhD, PGCE, MSc), Professor and Head of Knowledge Centre in Person-Centred and Evidence-Based Practice, Fontys University of Applied Sciences, School of Nursing, Eindhoven, Netherlands.

Nadine Janes (PhD, RN), Director of Interprofessional Practice and Clinical Education, West Park Healthcare Centre, Toronto, Canada.

Bengt Karlsson (RN), Professor in Mental Health Care, Buskerud and Vestfold University College, Drammen, Norway.

Tanya McCance (DPhil, MSc, BSc Hons, RN), Professor of Nursing, Head of the Person-Centred Practice Research Centre, Institute of Nursing and Health Research, Faculty of Life and Health Sciences, Ulster University, Northern Ireland.

Tone Elin Mekki (PhD, RN, B Nursing), Associate Professor, Centre for Care Research Western Norway, Bergen University College, Norway.

Davina Porock (PhD, RN), Professor and Associate Dean for Research, Director of the Institute for Person-Centred Care University at Buffalo, US.

Famke van Lieshout (PhD, Msc, RN), Senior Lecturer and Knowledge Centre Programme Lead for Technology in Person-centred and Evidenced Based Practice, Fontys University of Applied Sciences, Eindhoven, Netherlands.

Val Wilson (PhD, RN), Professor of Nursing Research and Practice Development, University of Technology Sydney, and the Sydney Children's Hospitals Network, Australia.